توعية المجتمع

بالمعوقين وتأهيلهم

دليل

- الطـــلاب
- المختصين
- المهتـــمين
- الآبـــاء
- المـــربين

دكتور سعيد الدقميري
جامعة نجران

دكتورة نجلاء فتحي
جامعة نجران



بطاقة فهرسة

مكتبة جزيرة الورد
اسم الكتاب : توعية المجتمع بالمعوقين وتأهيلهم
المؤلف : د.سعيد الدقميري.. ود. نجلاء فتحي
رقم الإيداع :

الطبعة الأولى ٢٠١٨



Tokoboko_5@yahoo.com

مقدمة الكتاب

نظرة المجتمعات إلى الأفراد غير العاديين قد اختلفت من عصر إلى آخر تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعاقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع، أما في الوقت الذي ظهرت فيه الديانات السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الاتجاه السائد ولكن ساد الاتجاه السلبي في معاملة المعاقين.

ونعرض هنا قبل الدخول في موضوع الإعاقة بالتفصيل إلى سمات وخصائص الطف العادي واحتياجاته ثم التعرض للطفل المعوق، حيث أن هناك اهتماما متزايداً بدراسة مشكلات الطفولة باعتبار أن هذه المشكلات تمثل اعتلالا في صحتهم النفسية؛ مما يؤثر سلباً في سبيل تقدم نموهم وارتقائهم نحو الحياة بنجاح وسوية.

ونقدم في هذا الكتاب عدد **سبعة فصول** وهي كما يلي: **الفصل الأول: مدخل إلى توعية المجتمع بالإعاقة والمعوقين**، ويتناول عدد من النقاط منها سمات وخصائص وحاجات الطفل المعوق، ثم تعريف للطفل المعوق، والإسلام والمعوقين ثم رد فعل كل من الوالدين وإخوة المعوق، ونتعرض لمفهوم الحياة الضاغطة لما تسببه الإعاقة من ضغوطات، وفي **الفصل الثاني بعنوان الإعاقة السمعية** ونستعرض فيه مفهوم الإعاقة السمعية وتصنيفها وأسبابها وطرق تواصل طفل الإعاقة السمعية، وعلاقة هذا الطفل بوالدته ووالده ثم إخوته، وفي **الفصل الثالث والذي يحمل عنوان الإعاقة العقلية**، والذي يتناول مفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وتصنيفها وخصائص المعوقين عقلياً القابلين للتعلم، أما **الفصل الرابع عنوانه التوحد / الأوتيزم**، ويتناول تعريف وأسباب التوحد ثم خصائص الطفل التوحدي ، والعلاقة بين التوحد والإعاقة العقلية ، طرق العلاج ، أما **الفصل الخامس ويحمل عنوان تشتت الانتباه وفرط الحركة** ثم النشاط الزائد، وقد قسمنا الفصل لجزأين تناولنا في كل جزء تم تناول أسباب ومظاهر وطرق العلاج لكل قسم، ثم **الفصل السادس والمعنون بعنوان الاهتمام بالعوقين وأسرهم** وتناول متطلبات الحد من مشكلة الإعاقة ورؤية مستقبلية لرعايتهم، متناولاً عدداً من المفاهيم منها التأهيل المهني ومبادئه وفلسفته وأهميته وأهدافه وخطواته التي تقدم للمعوق ويكتسب منها مهنة بمساعدة مهام فريق التأهيل والتدريب ثم يمر بمرحلة التوظيف والتي تؤدي في النهاية إلى التوافق النفسي والاجتماعي ، كما نقدم في هذا الفصل الخدمات الإرشادية، ثم أخيراً **الفصل السابع بعنوان أحداث الحياة** ، الذي نختتم به هذا العمل والذي يوضح لنا مدى السعادة التي تعيشها أسرة المعوق بعد أن حصل على خدمات التأهيل وتحصل على وظيفة وصار عضواً نافعاً لنفسه ووطنه، بعد أن كان معوق لأسرته اقتصاديا واجتماعياً مما يؤثر إيجاباً في سبيل تقدم نموهم وارتقائهم نحو الحياة بنجاح وسوية.

الفصل الأول
مدخل إلى توعية المجتمع بالإعاقة

نال مجال الإعاقة اهتماما بالغاً في السنوات الأخيرة من الدراسات العلمية والاجتماعية أو التقدم التكنولوجي؛ ويرجع هذا الاهتمام إلى قناعة المجتمعات المختلفة بأن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع الأسوياء لهم الحق في الحياة، ولهم الحق في النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقتهم، ومن ناحية ثانية فإن اهتمام المجتمعات بفئات المعوقين ترتبط بتغير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد والتحول من اعتبارهم حالة اقتصادية نافعة لمجتمعاتهم أو ضارة باعتبارهم جزء من الثروة البشرية؛ مما يحتم تنمية هذه الثروة البشرية والاستعادة منها إلى أقصى حد ممكن.

لقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور ومنذ أقدمها، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأفراد غير العاديين قد اختلفت من عصر إلى آخر تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعوقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع، أما في الوقت الذي ظهرت فيه الديانات السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الاتجاه السائد ولكن ساد الاتجاه السلبي في معاملة المعوقين.

وبقي الحال إلى قيام حركات الإصلاح كالثورة الفرنسية والأمريكية ثم ظهرت الأفكار التي تنادي بحماية وتعليم المعوقين، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والاهتمام ثم تلتها فئات الإعاقة العقلية والحركية، وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة فبذلك الوقت متمثلاً في الحماية والإيواء وذلك لحمايتهم أو حماية المجتمع الخارجي منهم، ثم تطورت تلك الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم الأطفال المعوقين مهارات الحياة اليومية.

ونعرض هنا قبل الدخول في موضوع الإعاقة بالتفصيل إلى سمات وخصائص الطفل العادي واحتياجاته ثم التعرض للطفل المعوق، حيث أن هناك اهتماماً متزايداً بدراسة مشكلات الطفولة باعتبار أن هذه المشكلات تمثل اعتلالاً في صحتهم النفسية؛ مما يؤثر سلباً في سبيل تقدم نموهم وارتقائهم نحو الحياة بنجاح وسوية.

فالطفل هو العنصر الأساسي في بناء الأمة وتقدمها وتحضرها، فهو الذي يخطط ويعمل ويبتكر وينتج، فإذا صلح الأساس صلح البناء كله، وإذا فسد الأساس فسد البناء كله، ويمر الطفل خلال مراحل نموه إلى أن يصبح رجلاً بمشكلات متعددة نتيجة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية والتطورات التي تحدث في ميدان التربية والتعليم، حيث أصبح الفرد اليوم يعيش جملة من الصراعات النفسية الناجمة عن التغيرات الأسرية التي تحدث في مجتمعاتنا، نحو تحول الأسر الممتدة لأسر نووية، وخروج المرأة إلى العمل، وانتقال الطفل من البيت إلى المدرسة، وانتقاله من الطفولة إلى المراهقة، ثم إلى الشباب والرشد والشيخوخة، ومن ميدان الدراسة إلى ميدان العمل ومن مكان لآخر.

فمرحله الطفولة تعتبر مرحله هامه في حياه الإنسان لذلك فالدراسات والأبحاث والتجارب التي تدور حول هذه المرحلة وتختص فيها هي على جانب كبير من الأهمية لأنها تساعد في بناء جوانب الطفولة وتنميته بأشكال متعددة فمنها ما يساعد علي تنميه الجوانب الجسمية عند الأطفال أو العقلية أو الانفعالي هاو اللغوية وربما جميع هذه الجوانب في وقت واحد لأنها متصلة مترابطة لا يمكن فصل أحدهم عن الآخر إلا لتسهيل الدراسة العلمية.

ويقصد بها النواحى العضوية والوظيفية للنمو، ويتسم النمو الى اربعة مظاهر رئيسية هى النمو الجسمى والعقلى والاجتماعى والانفعالى، وهذه المظاهر تنقسم بدورها إلى عدة نواح أخرى تختص بأجزاء وأجهزة معينة من الجسم عضويا ووظيفيا.

وهذه السمات والخصائص لها حاجات ومطالب يجب إشباعها حيث انه فى حال إشباعها يشعر الطفل بالسعادة والارتياح وإذا فشل فى إشباعها شعر بالشقاء والضيق، وعدم إشباع أحد المطالب يوثر على إمكانية إشباع المطالب الأخرى حيث ان هذه السمات وحاجاتها تحدد سلوك الطفل الذي يعتبر مؤشرا جوهريا لتكوينه النفسي فتحقيق حاجات ومطالب الأطفال يتم من خلال الخبرات والأنشطة المناسبة مما يؤدي إلى سعادتهم وتدعيم ثقتهم فى أنفسهم فى مرحلتهم هذه حتى وبعد أن يلتحقوا فى المراحل التالية لها.

وتقدم هذه الخبرات والأنشطة التي تؤدى معرفتها لهذه السمات والخصائص وحاجات ومطالب النمو لهذه المرحلة إلى عدم التسرع فى تقديم هذه الخبرات والأنشطة قبل وقتها المناسب كى لا يؤدى إلي استخفاف الأطفال بها أو عدم التاخير فى تقديم تلك الخبرات والأنشطة عن وقتها المناسب كى لا يضيع الوقت والجهد فتقل الفائدة إضافة الى تعب الأطفال وشقائهم.

لذلك كانت الحاجة إلى التعرف إلى سمات وخصائص الطفل وكذلك حاجات ومطالب كل سمه مهم جدا حيث أن هذه المرحلة يغلب عليها اللعب الإيهامي والذي يعتمد على التخيل فيميل الطفل الي تمثيل الأدوار في لعبه مثل الشرطي، وسائق السيارة والمدرس حيث يشعر انه يستطيع ممارسه أنشطة الكبار لأنه قد كبر مثلهم.

أولاً : سمات وخصائص وحاجات الطفل:

١-الجانب الجسمي وحاجاته:

أ.الجانب الجسمي:

ويختص هذا الجانب بنمو الهيكل العظمي ونمو الطول والوزن ونمو الشعر والجلد وبقيه أعضاء الجسم وتزداد نمو لاجهزه بصوره ابطأ واقل عما قبلها مرحله المهد فتنمو رأس الطفل ومخه كما تتحول الغضاريف لي عظام ويستطيع الطفل ضبط عمليه الإخراج وتقل فترات نومه عن سابقه.

ب.الحاجات الجسميه:

لتوفير الجو المناسب لنمو الجسمي ...هناك حاجات يجب اشباعها منها:

١.الغذاء الصحي الكامل الذي يزود جسم الطفل بالطاقه ويساعده على تجديد خلاياه ووقايته من الأمراض بالفحص الطبي المستمر وتعويده على النظافه.

٢.الإخراج يكون الطفل قادرا علي ضبط عمليه الإخراج وفي حاله عدم ضبطه لسبب مرضي او غير ذلك لا يجب عقابه.

٣.النوم الكافي وهي حاجه بيولوجيه ضرورية للنمو السريع في هذه المرحل هالا انه يعاقب لينام ظهرا ويفرض عليه لنوم كما ذكر الإمام الغزالي ليكون أمام الطفل الوقت المناسب والكافي لممارسه اللعب والأنشطة.

٤.المسكن والملبس الصحي المناسبين للظروف المناخيه: حيث يكون المسكن مزود بمساحه خاليه للعب والنشاط، وهذا غير متوافر.

٢ -الجانب العقلي وحاجاته:

أ.الجانب العقلي:

يعني القدره على التنظيم والتمثيل والاستيعاب والتوازن والتكيف الذي يرجع الي الإطار البيولوجي المتناسق الذي يؤدي الي تعديل في البيئه المعرفيه لكي تتلائم مع البيئه الخارجيه المتمثله في المواقف الفيزيائيه.

ويخضع الطفل لمتغيرات في كافه جوانب النمو عن سابق لمرحله التي كان عليها ومن هذه الجوانب الجانب العقلي وفيها تصبح المثيرات التي ينتبه اليها الاطفال من مجرد احساس الي اشياء ذات معني مما يؤدي الي حدوث عمليه الادراك وتكوين المفاهيم الاوليه ويدرك الزمان والمكان مما يجعله يؤجل تلبيه حاجاته لوقت اخر وعدم الاصرار عليها في التو واللحظه ، وفيها تكثر اسئلته مع عدم استيعابه لكافه الاجويه علي اسئلته لعدم نضجه الكافي

الا انه في نهايه المرحله يكون اكثر ادراكا للمفاهيم والمعاني ، وبازياد النمو العقلي يستطيع الطفل ان يرسم القطار والطائره في شكل كتله واضح هالا انه لا يستطيع ان يميز بين القطار والطائره .

ويملك الطفل القدره على الابداع الادبي او الفني او الابداع العلمي التطبيقي وفقا لخصائصه العقليه بالتفاعل مع عناصر اخري تسهم في صنع العقل الابداعي او الناتج الابداعي مما يعد مؤشـرا لتواتر النضج الابداعي لدي الطفل بالحفز المستمر والرعايه المتكامله.

ب.الحاجات العقليه:

من مظاهر النمو العقلي لطفل الرياض يتضح انه في حاجه خاصه الي هذا الجانب من النمو تتضح في حاجه الي:

١.اكتساب المهارات اللغويه: التي تحقق التوافق الشخصي واتساع دائره علاقات الطفل الاجتماعي وزيادة نموه العقلي واتنميه لغه الطفل تعمل معلمه الروضه علي التركيز على الانشطه القصصيه والاناشيد وتتيح له المناقشه والمحادثه مع حريه في الحديث.

٢.البحث والتجريب والاستطلاع: ففيها تنمي عقليه الطفل ومعارفه من خلال توسيع باصطحابه في نزهات وجولات ليتعرف على مظاهر الحياة البشريه والحيوانيه والبنائيه وان يستخدم خامات البيئه في صناعه ادواته ولعبه، وتساعد الطفل علي ان يتعرف على اوجه الشبه والاختلاف بين ما يشاهده.

٣.التعرف علىالبيئه: يحتاج الطفل الي ان يتعرف على معالم بيئته الطبيعيه من ريف وحضر وزراعه وصحراء ومرتفعات وسهول كذلك بيئته الحضريه كالاهرامات والمساجد والمصانع.

٤. الابداع والاختراع: الروضه هي المكان يبدأ فيه اكتشاف قدرات الطفل ويتم فيها صقل القدرات بواسطة الانشطه والادوات التعليميه المختلفه.

٣ -الجانب اللغوي وحاجاته:

أ. الجانب اللغوي:

ينمو المحصول اللغوي للطفل من خلال اسئلته الكثيره ومن خلال انشطته وتفاعله داخل وخارج اسرته، فالطفل في هذه السن يتكلم في كل شئ ويتلاعب بالكلمات ويحكي القصص والموضوعات بكلياتها دون النظر الي الجزيئات ويتشابه في حديث مع الكبار في حجم الجمله واستخدام حروف الجر.

ويتميز النمو اللغوي لطفل هذه المرحله بالسرعه في التحميل والفهم، وتزداد مفردات فضوله وحبه للاستطلاع كما يحدث له بعض العمليات العقليه العليا مثل التخيل وإدراكالزمن.

ب. الحاجات اللغويه:

نستنتج من الجانب اللغوي ان الطفل حاجات لغويه يحتاجها منها:

١.مساعده الطفل للاتصال بالناس والاشياء وفهم المعاني.

٢.الاستفاده من قوه ذاكره الطفل بأعطائه كلمات وعبارات سهله الحفظ.

٣. الاكثار من الحكايات والقصص مع الالقاء اللغوي السليم لنمو محصوله اللغوي وزيادة فهمه وتعبيره.

ثانياً : متطلبات النمو الحسي والحركي:

يتطلب النمو الحسي والحركي للطفل الي امور في غاية الاهميه منها ما يتصل بغذاءئه ومنها ما يتصل بلعبه وطريقه وكيفية هذا اللعب وتحقيق هذه المطالب واشباعها في دور الرياض يقع على عاتق المعلمه لذلك عليها ان تراعي هذه التطلبات من خلال:

١.الاهتمام الجيد بغذاء الطفل كما ونوعا ومناسبته للاشباع الذي يحقق نموه السليم.

٢.تدريب الطفل علي سيطرته وتحكمه في عمليتي الاخراج وفي الوقت والمكان المناسبين حيث يجعله ذلك على مستوي أفضل من الاتزان الانفعالي وسواء الشخصيه حتى تصبح ايجابيه.

٣.اتاحه الفرصه امام الاطفال لاشباع الحاجة الي اللعب وتهيئه مكانه وادواته والاشراف الجيد اللازم له بحيث يشمل ذلك كله في البناء النفسي السليم لشخصيه الطفل والذي يساعده على نمو عضلاته واكتسابه الكثير من المهارات التي تساعده في اكتشاف الوسط المحيط به بما تساعده علىإدراك ذاته مما يجعله أكثر حيويه ومرونه.

٤.تجهيز الرياض بالادوات التي تساعد الاطفال على اللعب مثل صناديق الرمل.

٥.مراعاة انتظام النشاط المتصل باللعب بالنسبه للطفل حيث انه يرتبط ارتباطا وثيقا بصحته العقليه فيقدر نجاحه فيما يقوم به من سلوك حركي وبقدر سيطرته على المهارات الحركيه يكن شعوره بالفشل او النجاح.

١ -الجانب الحسي وحاجاته:

أ.الجانب الحسي:

يختص هذا الجانب بنمو الحواس مثل (السمع والشم والبصر والتذوق واللمس) والتي من خلالها يتعرف الطفل علي ما حوله من عالمه الخارجي، وفيها يميز بين الألوان ويستطيع التفرقه بين الصباح والمساء.

ب. الحاجة الحسية:

ولرعايه الجانب الحسي هناك حاجات يجب اشباعها او مراعاتها منها:

١.اتصال الطفل بالعالم الخارجي عن طريق الزيارات والرحلات لزيادة التفاعل واستخدام أكثر من حاسه.

٢. قيام الطفل بتمثيل تمثيليات قصيرة تناسب عمره الزمني والعقلي مما يساعده على إدراك الزمن.

٢ -الجانب الحركي وحاجاته:

أ. الجانب الحركي:

ويقصد بهذا النوع من النمو انه التغيرات التدريجية التى تطرأ على جانب الاستجابات العضلية والحركية التى تعكس التفاعل بين الكائن الحي الاخذ فى النمو وبين بيئته بما تتضمنه من مثيرات. وفى هذا النوع من النمو تزداد استجابات الطفل بسرعة فيزداد ميله للحركات والألعاب البسيطة كالجرى والقفز والتزحلق وركوب الدراجة ذات الثلاث عجلات كما يستطيع ربط حذائه.

ويعتبر اللعب اهم مظاهر النشاط والحركة وعن طريقه تتوطد علاقة الطفل ببيئته، فالطفل يبتكر فى لعبه ويحاكى الاخرين فنجد البنت تلعب بالعروسة وتغنى لها كامها والولد يركب العصا ويتخذها كحصان ركوب وأحيانا يدعى انه طبيب جاء يعالج اخاه المريض-والنمو الحركى السوي ضرورى للتوافق الاجتماعى السوي مثلما يحدث فى مشاركة الطفل للالعاب وصور النشاط الاجتماعى المختلفة والمحتاجة لمهارات حركية.

ب. الحاجة الحركية:

فى هذا الجانب الحركى يحتاج الطفل الى حاجات كثيره منها:

١. اماكن واسعة يستطيع الطفل فيها ممارسة العابه وانشطته على حسب ميوله واهوائه.

٢. تواجد وتوافر نوعيات مختلفة من الالعاب التى تناسب هذا العمر.

٣. الا يجبر الطفل على لعبة معينة بل يترك ليختار هو لعبته المفضلة لان ذلك يجعله يبتكر.

٤. ألا يجبر الطفل على النوم بالنهار حيث ان ذلك يعيقه عن اللعب والحركة والنشاط.

٥. الا ينهر لطفل عن نشـــاط قام به او حركة أداها لان ذلك عنده روح الابداع والابتكار.

٣ -الجانب الاجتماعي وحاجاته:

أ. الجانب الاجتماعى:

ويختص بعمليات التنشئة الاجتماعية من خلال اسـرته بجانب وكالات التنشئة الاخرى التى يتعلم فيها الادوار والمعايير الاجتماعية وبناء علاقات من خلال التفاعل الاجتماعي ، ومن مظاهر نمو الطفل فى هذا الجانب التعاون والألفة والعطف والحنو والزعامة والمكانة الاجتماعية وينمو وعيه بالبيئة الاجتماعية وتزداد مشـاركته فيها وتتسـع دائرة علاقاته وتفاعله مع الاخرين ويتعلم الطفل هويته الجنسـية – ذكر او انثى – من خلال لباسـه وجلوسه ومشيه.

ويتأثر هذا الجانب من النمو بالجو العام للاســرة فى تفاعلاتها وعلاقاتها الدخليه والخارجية، ولسلوك الطفل الاجتماعي مظاهر منها:

أ.**التعاون:** فيتعلم الطفل التعاون من الام حيث يحاول مشــاركتها فى بعض انشــطة المنزل ويتهذب ســلوكه من خلال تفاعله تفاعله مع الرفاق فيتخلص من الانانية.

ب. **المشاركة**: يشارك زملاءه فى اللعب والنشاط الذي يمارسه وتكون جماعته فى حدود طفلين أوثلاثه وبزيادة عمره تزداد الجماعة.

ج.**الغيرة والتنافس**: مع قدوم المولود الجديد فى الآســرة يتأثر الطفل بهذا المولود الذي يأخذ اهتمامات الآســرة فيحاول الطفل ازاحته ويقوم بعملية نكوص لمرحلة سابقة.

د. **الزعامة:** وظهورها مرتبط بالحصــول على مكانة اجتماعية ولفت انتباه الآخرين ويلاحظ فى ذلك كله وفاء الطفل لجماعة واحدة لفترة طويلة وعدم استمراره فيها.

هـ. **العدوان**: يميل الطفل لمشاحنات لأسباب منها:

١.شعوره بالغيرة من أخوته.

٢.عدم تخلصه من الأنانية لعدم قدرته على ذلك.

و. **العناد:** يزداد العناد لدى الطفل وبخاصة عند شعوره بالاستقلال مما يجعله يتمسك برغبته فى قيامه ببعض الأمور بنفسه.

ز. **الصداقة والصحبة:** بعد أن يشعر أن بعض سلوكياته غير مقبولة فى الآســـرة ومن الآخرين يبدأ فى التحول والانتقال من اللعب الانعزالى الى اللعب التعاونى.

ب.الحاجة الاجتماعية:

يحتاج الطفل فى هذه المرحلة العمرية فى نموه الاجتماعى للعديد من الحاجات منها الحاجة الى:

أ.**التقبل**: الطفل فى حاجة الى أن يشـــعر بأنه مرغوب فيه ممن حوله وليس منبوذا أو مضـــطهد لآنه ســـيلجأ الى الانطواء ثم يميل للســـلبية والاتكالية.

ب.**التقدير الاجتماعى**: يحتاج الطفل دائما الى ثناء الكبار عليه فيعمل دائما ليحظى بهذا الثناء.

ج. **النجاح:**وهي حاجة متلازمة ومرتبطة بالتقدير الاجتماعى حيث ان الطفل فى حاجة لأن يكون ناجحا لذلك يجب الا يكلف الطفل بعمل يفوق طاقته مما يفقده ثقته فى نفسه.

د.**الصحبة والرفاق**: هذه الصحبة مهمة جدا للطفل حيث تسهم فى نموه النفسى والاجتماعى.

ه.**الاســـتقلال: يجب** اتاحة الفرصـــة امام الطفل لممارســـة النشـــاط الذي يرغبه فى فترة العمل الحر وذلك سيؤدى به لآن يتحمل مسئولية اختياره.

و. **تاكيد الذات**: يحتاج الطفل لآن يشـعر بأنه محط اعجاب الكبار بغض النظر عن أى يقوم به حيث يقلد الكبار مكانته الاجتماعية.

ز. **ســـلطة ضـــابطة مرشـــدة**: يحتاج الظفل فى هذه المرحلة العمرية الطفولة المبكرة لضـــوابط تضـــبط أعماله ونشـــاطه لتنظيمه وتوجيهه في ضـــوء حرص الطفل علي ارضـــاء الكبار واكتســـاب محبتهم والاســـتمتاع بثنائهم واشـادتهم به ويحسـن سـلوكه وفى هذا فرصـة لتدريبه على العادات الطيبة.

٤ -الجانب الانفعالى وحاجاته:

أ. الجانب الانفعالى:

تتميز هذه المرحلة من الناحية الانفعالية بالعنف وعدم الاســـتقرار والتنوع والتقلب الفجائى فالطفل فى غضـــبه يصـــل لدرجة التشـــنج، وفى خوفه لدرجة الذعر، وفى غيرته لحد التحطيم، وفى حزنه لحد الاكتئاب، وفى فرحه لدرجة البهجة والنشـــوة وذلك لزيادة الانفعالات وتمايزها كاما زادت اتصـــالاته مع المحيطين به من الوالدين والآقران مما يظهر انفعالات الحب والغيرة والتنافس والعدوان والخوف والغضب.

ويعتبر الخوف والغضـــب من الانفعالات الآولية فيخاف الطفل من الآماكن الغريبة، ومن مظاهر الغضــب القاء الطفل بنفســه على الآرض ثم بكائه.

ب. الحاجة الانفعالية:

بعد اســتعراض مظاهر النمو فى الجانب الانفعالى نلحظ أن هناك حاجات لهذا النوع من النمو منها:

١. **الشـــعور بالامن والطمأنينة**: مما يجعل الطفل واثقا فى نفســه قادرا على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة؛ لذلك يجب معاملة الطفل باللين فى غير ضعف وأن نكون صادقين معه لآنه لو اكتشف كذب الكبار سيؤدى به ذلك الى فقدان ثقته بنفسه وللآخرين.

٢. **المحبة والعطف**: يحتاج الطفل الى أن يشعر بأنه محبوب ومقبول من الآخرين لآنه من خلال ذلك يتعلم الحب.

٣. **العناية والرعاية**: عند تفضيل أحد عليه من ارانه أو ممن هم فى سنه فيشـــعر بالغيرة لذلك فهو فى حاجة الى عناية مســتمرين؛ لذلك فمن الضرورى التعرف على مشكلات طفل هذه المرحلة والعمل على حلها فى الوقت المناسب بالآسلوب المناسب ومن هذه المشكلات (القلق، الخوف، الخجل،العدوان، العزلة الاجتماعية .... وغيرها).

نستنتج مما سبق ان هذه الحاجات تقع في ثلاثه انواع رئيسيه تتمثل في:

١. نوع يتصـــل بالطفل نفســه وهي حاجته في النمو الجســماني والعقلي ولها مظاهرها المختلفه في حياه الطفل وسلوكه.

٢. نوع يتصــل بعلاقه الطفل بغيره وهي حاجاته لحب غيره وحب غيره له مع تكوين صداقات وممارسه الهوايات معهم.

٣. نوع يتصـــل بعلاقه الاخرين بالطفل وهي حاجاته لان يكون موضـــع حب الاخرين كأن يكون محبوبا من والديه والآخرين.

كما يفهم استعراض سمات طفل هذه المرحله الاتي:

تتميز هذه المرحله في الجانب الجســـمي بأن يكون النمو في بدايتها أسـرع من نهايتها وزيادة في حجم المخ وطول الجسم وباقي الاعضـاء اما بالنســـبه للجانب الحركي والانفعالي فتكون في البدايه قليله ولا اراديه الا انها تزيد في نهايه المرحله ويتمكن الطفل من حركاته وافعاله.

كما يرتبط النمو الاجتماعي بالنمو الجسمي حيث يوسع الطفل في دائره اتصـــالاته وكذلك يرتبط بالنمو الحركي فيمشـــي ويجري ويلعب، ويميل في علاقاته الاجتماعيه الي اطفال الجيران والاقارب ويســـاعده في ذلك نمو اعصابه وتحكمه في افعاله الاراديه. ويأخذ اللعب عنده طابع جماعي فتنمو لديه الميول الاجتماعيه.

وايضا يرتبط النمو العقلي واللغوي بالنمو الجسمي فالقدرات العقليه لا تظهر بعد الميلاد مباشره بل يسبقها نضج في المخ والجهاز العصبي، ومن هنا يكون تفكير الطفل حسيا محدودا الا انه يصبح بعد ذلك معنويا واسعا كما انه يتصف بالخيال ويكثر من اسئلته عن بدايه تمكينه من الكلام لاشباع حب الاستطلاع عنده في معرفه العالم المحيط به.

اما النمو الوجداني فتظهر انفعالات الطفل بعد زيادة نموه الجسمي وجهازه العصبي وقدراته العقليه حيث يبدأ الطفل في إدراك معني الانفعال ويعرف قيمه الحرمان العاطفي الامل والتعنيق من انفعلات الغضب والفرح التي تتميز بالحده والتقلب ولانانيه لعدم استقرار نموه ونضجه الانفعالي.

مما يظهر ان كل هذه الجوانب جوانب النمو متشابكه ومترابطه ومندمجه ومتداخله مع بعضها البعض ويؤثر كل جانب في الاخر حيث لاينمو جانب دون نمو باقي الجوانب الاخري بل يتم النمو في كافة الجوانب معا حيث انها منظومه الهيه أبدعها الخالق المولي عز وجل لتؤدي الي تكامل شخصيه الطفل الذي سيصبح رجلا وفردا في المجتمع.

ولابد من تواقر البيئه الامنه لان في حال عدم توافرها يتأخر النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي مع مستوي النمو اللغوي، وتظهر سلبيات في النمو يؤثر علي الارتقاء النفسي للطفل ويكون مسئولا عي تصرفاته وافعاله امام الكبار واقرانه وكل معارفه.

فهذا الأدب الجيد يسعي لتحقيق أهداف للأطفال منها:

١.أهداف ترفيهيه وترويحيه تمتع الاطفال وتسعدهم.

٢.أهداف فنيه تسهم في اكتشاف الاطفال لذواتهم واكتشافنا لأمكاناتهم وقدراتهم والعمل علىتنميتها.

٣.أهداف ثقافيه تزود الأطفال بالخبرات وتكتسبهم في الحياة.

٤.أهداف نفسيه تنفس عن مكبوتات الأطفال من خلال تفاعلهم مع الأدب.

أهداف نمائيه ويقصد بها:

أ.مساعدتهم على النمو اللغوي.

ب.مساعدتهم على النمو العقلي والمعرفي.

ج.مساعدتهم على النمو الاجتماعي والخلقي.

د.مساعدتهم على النضج الانفعالي.

ه.مساعدتهم على النمو الجسمي والحركي والحسي، وان كان هذا الجانب من النمو يكون ضئيلا ويكون من خلال اداء الاطفال لبعض المسرحيات وتمثيلهم لبعض الاغاني والاناشيد.

تم إستعراض سمات وخصائص وحاجات الطفل العادي، ونستعرض الآن للطفل المعوق.

ثالثاً -الطفل المعوق:

تعتبر رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ضرورة من الضرورات حيث تمكن الأطفال من استثمار قدراتهم وتؤهلهم لتضمن دمجهم في المجتمع ليساهموا في ماهيته، وهذه الأهمية نابعة من ان الكائن البشري يعتمد اعتمادا جوهريا على حواسه للتعامل مع البيئة المحيطة به فافتقاده لحاسة من حواسه يؤثر سلبيا على شخصيته وفي استقباله لمعلوماته التي تسهم في تشكيل عالمه الادراكي والفكري والتخيلي.

ويقع الطفل المعوق في تقسيم الجانب الجسمي أو البدني من الاعاقات في الفئات الخاصة أو هي الفئة التي تعاني من نقص أو إضطراب أو مرض جسمي فالفئة الخاصة هي كل مجموعة من أفراد المجتمع بغض النظر عن السن أو الجنس أو الدين يتميز أفرادها بخصائص أو سمات معينة تعمل اما على إعاقة نموهم وتفاعلهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين، وإما أن تعمل هذه الخصائص كإمكانيات ممتازة يمكن استغلالها وتوجيهها بحيث تفيدهم في هذا النمو والتفاعل والتقدم.

ويبدو ان طفل الإعاقة المعوق له وضع خاص عند مقارنته بمن سواه ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى فهو يبدو شخصا عاديا في مظهره الخارجي فنقصه أو افتقاده لعضو كامعوق السمعي لا يلفت نظر الآخرين نحوه مثل غيره من ذوي الإعاقات الأخرى فهو صامت وجميع من حوله يتكلمون ويعيش مع الناس وليس معهم فهو معقود اللسان، مقطوع الصلات، محبوس المشاعر، مؤثرا العزلة بعيدا عن قالب الحياة. انه أكثر من مشكلة في شخص لذلك فهو في أمس الحاجة للفهم وأشد ما يكون في الاحتياج للمساعدة والرعاية.

فالإعاقة تقلل من فرص تواصل الأفراد المعوقين ومشاركتهم وتفاعلهم مع الآخرين وتحول دون اكتسابهم المهارات الاجتماعية وتكسبهم بعض الاتجاهات السلبية كما تحد من نضجهم العاطفي والانفعالي علما بأن مستوى النضج الاجتماعي للأطفال للمعاقين محدود بالمقارنة بالأطفال العاديين.

فالإعاقة منالأمور التي قد تصيب الأطفال في سن مبكرة؛ وذلك نتيجة لمجموعة من الظروف والعواملالتي قد تكون وراثية أو بيئية مكتسبة أو لظروف مجتمعية، وهذا الأمر قد يشكل لبعضالأسر مصدراً للقلق والخوف.

وتعد رعاية المعوقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التي تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده، ومن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التي تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم في المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين.

ففئة المعوقين هي فئة من المجتمع أصابها القدر بإعاقة قللت من قدراتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية على الوجه الأكمل مثل الأشخاص العاديين.

وتعرف أو تسمى هذه الفئة بمجموعة بالمسميات منها ذوي الإحتياجات الخاصة ، ومنها المعوقين ، وكذلك الأشخاص غير العاديين وهي تعني في مدلولها فئة من الأفراد لديهم إصابة بدنية أو عقلية أو نفسية لها تأثيرها على على نمو هذه الفئة البدني أو العقلي وقد حدت من قدراتهم للقيام بأدوارهم الطبيعية والتي تعتبر أساسية في في الحياة اليومية ، وقبالرغم من تعدد تلك المسميات واتفاقها في تعريف واحد ؛ إلا أن إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي أقرتها المم المتحدة في نيويورك عام ٢٠٠٦م وقد وقعت عليها أكثر من ١٢٩ دولة حتي تاريخه ، قد حسمت تلك المسميات وألغتها جميعاً وتم الإتفاق دولياً على مسمى واحد وهو (الشخاص ذوي الإعاقة).

وقد أجمع المتخصصون على أسباب وتداعيات تحتم تغيير مسمى (ذوو الإحتياجات الخاصة) نظراً لكونه مصطلحاً شاملاً وعاماً لكل من لديه إحتياجات خاصة كالمعوقين والمسنين، ومرضى الزهايمر والسكري والضغط والسرطان والكلى.

أما مسمى (الأشخاص ذوو الإحتياجات الخاصة) فهو خاص فقط بالأفراد الذين لديهم إعاقة من أي فئة من فئاتها المختلفة سواء أكان من المكفوفين أو الصم أو من ذوي الإعاقة الحركية أو الذهنية العقلية أو من متعددي العوق.

وبناء عليه لايقبل الأشخاص ذوو الإعاقة غير هذا المسمى، ولكن مهما كان المسمى فهذه الفئة لها إحتياجات ومطالب مطلوب العمل عليها وتلبيتها وإشباعها على أن تضمن إحترام كرامة هذه الفئة وتحقق لهم الإستقلالية والحرية الفردية والإندماج في المجتمع.

هذه الفئة هي أحوج إلي أن نتفهم بعض مظاهر الشخصية لديهم نتيجة لما تفرضه الإعاقة من ظروف جسمية ومواقف اجتماعية وصراعات نفسية، وكذلك أساليبهم السلوكية التي تعبر عن كثير من التعقيدات المتشابكة، ورغم كل ذلك فإن هذه الفئات لم تلق حتى الآن الاهتمام المناسب.

كما صاحب وجودها تبايناً في وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة الكثير من المعاملات التي اختلفت باختلاف فلسفة كل مجتمع من المجتمعات، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئات من الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم، والتوجه إلى رعايتهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

وتعتبر المجتمعات نامية التي لا يتوافر فيها معلومات كافية عن الإعاقة وأسبابها وكيفية الوقاية منها، أو حتى التعاطف معها والوقاية منها، ومن ثم الوصول إلى علاجها، من خلال إجراءات تسعى للحد من الإعاقة، والتقليل من نسب الإصابة بها والأضرار الناتجة عن هذه الإعاقات.

وتسبب الإعاقات بمختلف أشكالها وأنواعها العديد من النتائج التي تؤثر على الفرد والأسرة، وبل على المجتمع بأسره، فعندما تصاب الثمار بآفات أو تتعرض لداء يسارع الإنسان للبحث عن الدواء للعلاج والوقاية.

هذا عن الثمار فما بالنا بالإنسان لذلك كان لابد من التعرض لمثل هذه القضية الهامة وهي توعية المجتمع بالإعاقة من خلال: التعرض لأسباب ذلك، وكيفية الوقاية منها، وماهي أفضل العلاجات والبرامج التي تقدم للفرد ولأسرته والتي تعود بالفائدة على المجتمع بأسره.

كما أنه لو تركت هذه الفئة دون اهتمام بمشاكلهم وتذليل الصعاب التي تواجههم قد يتحول البعض منهم إلى وجهات انحرافيه قد تعوق تقدم وازدهار المجتمع فالاستفادة من جهود هذه الفئة في الإنتاج هو في حد ذاته توفير طاقات إنتاجية في المجتمع، هذا ما يدفعنا وبشدة إلى توعية المجتمع بالإعاقة.

كما أن حجم الإنفاق على الفئات الخاصة يعتبر مؤشر على قياس حضارات الأمم ورقيها فمتوسط تكلفة تعليم وتأهيل وتوظيف الشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة تعادل (ثلاثة) أضعاف تكلفة الشخص العادي، وهو من الجانب الانساني والاجتماعي له مردوده العالي، وتولي الدول إهتماماً كبيراً بهذه الفئة ويتضح ذلك من خلال لإفتتاح المراكز لتأهيلهم مع سن القوانين التي ترعاهم.

ودينا الحنيف على يحثنا على الاهتمام والعناية بهذه الفئات لذلك سوف نستعرض لدور الإسلام في رعاية المعوقين.

رابعاً -الإسلام والمعوقين:

منذ أكثر من أربعه عشر قرنا من الزمان مع ظهور الإسلام كدين جديد جاء ليبدد الباطل وينشــــر الحق ويقيم الدين كله لله بدءاً بعقيدة التوحيد، وسيراً مع كل جوانب حياة الإنسان وخير مثال على ذلك: تلك الحادثة التي عاتب فيه الله عز وجل رسوله وحبيبه ومصطفاة.

فقد وقعت بعبد الله بن أم مكتوم وهو رجل أعمى جاء إلى النبي صلوات الله عليه وكان عنده بعض من أكابر القوم يدعوهم إلى الإســـلام فأعرض عنه، فنزلت في حقه آيات فيها عتاب رقيق للرسول صلى الله عليه وسلم، وتعليم للمجتمع الإسلامي وإرسال لمبادئ أساسية

حتى أن الرسول صلى الله عليه وسلم كان يبسط رداءه لابن أم مكتوم ويقول مداعباً أهلاً بمن عاتبني فيه ربي كما ولاه على المدينة في بعض غزواته.

فالإسلام كله يهتم بالمعوقين وبرعايتهم – غير أننا في هذا المقام نحاول أن نتعرف على بعض النقاط الأساسية التي توضح لنا مدى اهتمام الإسلام والمسلمين برعاية المعوقين، ويتمثل ذلك في:

١- ســـاوي بين البشـــر في الحقوق والواجبات، وجعل مناط التفضـــيل تقوى الله.

٢- كرم الإسلام الإنسان في أصل خلقه.

٣- أقر الإسلام أن ما يكون لدى الفرد من نقص أو كمال أنما هو بمشيئة الله.

٤- وجه الإسلام الفرد المسلم والجماعة المسلمة على عدم تحقير أي فرد أو جماعة.

٥- وجه الإسلام الأفراد إلي عدم النفور من المرضى والعميان وقد كان شائعا قبل الإسلام عدم مخالطة هؤلاء أو تناول الطعام معهم.

٦- رفع الإسلام المشقة عن غير القادرين.

٧- ما فرضــــه الإســـلام على القادرين من حقوق في أموالهم تدفع إلى المحتاجين في صورة زكاة، كما دعا إلى البر بجميع وجوهه.

وإضـــــافة إلى توعية الإســـلام والحث على الاهتمام بالمعوقين فهناك أسباب أخرى تجعلنا نقدم التوعية للمجتمع بكافة مجالاته وقطاعاته بالإعاقة وفئاتها وأنواعها، وأســـباب حدوثها، وما البرامج التي يجب أن تقدم للعناية والاهتمام بهذه الفئة وأســـرهم حيث أن للأســـر(الوالدين) ردود فعل تجاه إعاقة أبنائهم.

خامساً -ردود فعل الوالدين تجاه إعاقة طفلهم:

تنظر الأم ومعها باقي أفراد الأسـرة بشـوق طيلة فترة حملها تتبنى خلالها الأحلام والآمال لرؤية مولودها ولتضمه في حضنها ولتربيته ولكنه في بعض الأحيان تتبدد هذه الأحلام وتتحول إلى آلام لوجود علة ما في هذا المولود لأنه صاحب إعاقة سمعية تتطلب العناية والرعاية الخاصة للتعامل معه.

ويجلب وجود طفل معوق في الأسـرة الكثير من المشـكلات الإضـافية مما يؤثر على تكيف الأسـرة وحدوث خلل في التنظيم النفسـي والاجتماعي لأفرادها ومن أبرز المشـكلات التي تواجهها أسـر المعوقين بشـكل عام الأزمات الزوجية والعدوانية و الاكتئاب والشـعور بالذنب والقلق والتوتر والصـعوبات المادية والعزل عن الناس ، ويمكن ملاحظة ردود فعل الوالدين نحو طفلهما المعوق وبصفة خاصة الأم والتي تبدأ من فترة الحمل حيث تسـيطر عليها مخاوف وشـكوك بمجرد إخبارها بأن ابنها التي تحمل به معوقا فتحسـب لمواجهة المشـكلات التي سـوف تواجهها ، وهنا يجعلنا نستعرض جزء هام عن الضغوط وأحداث الحياة الضاغطة .

سادساً- مفهوم أحداث الحياة الضاغطة:

يلقى مفهوم الضـغوط الحياتية في علاقته بكل من السـواء والمرض اهتماماً كبيراً من الدارسـين وقد تزايدت في الآونة الأخيرة الدراسـات التي تُبرز الصلة بين أحداث الحياة الضاغطة سواء تلك المتعلقة بأحداث رئيسية كالإعاقة والفقر أم تلك التي تتناول ضـغوطاً أقل وقعاً وشـدة بين أشـكال المعاناة النفسية.

ولقد عبر القرآن الكريم أبلغ تعبير عن حجم المعاناة النفسية التي يعيشها الإنسان منذ بدء الخليقة في قوله تعالى ژ ڇ ڇ ڍ ڍ ڌ ژ أي أن الإنسان في تعب ومشقة (سورةالبلد، آية ،٤) وعليه أن يثابر فالحياة مليئة بالمتاعب ولا تسـتثنى أحد من المهد إلى اللحد نواجه العديد من الآلام والأمراض والقيود والمشـاكل والعراقيل وغيرها وعلى الإنسـان مواجهتها لكيلا تصبح هذه الضغوط حاجزاً يمنع الحياة المثمرة.

فلقد وجدت الضـغوط بوجود الإنسـان ، فمع خلق الإنسـان وجدت معه العراقيل والعواقب التي تقف أمامه ، وتفرض عليه مواجهتها والتعامل معها وحلها ، وإذا وصل إلى حلها يشعر أنه قد حقق السعادة الدائمة ، ولكن سـرعان ما يسـتعد للراحة فيجد أمامه عقبات أكبر وضـغوط أشـد وتتطلب منه أيضـاً أن يواجهها ويتعامل معها ، وهكذا فالحياة سلسـلة من العصـاب والضـغوط ، فكلما تقدم الإنسـان وتطور العصـر كلما زادت هذه الضـغوط وزادت صـعوبتها ، ووجد الإنسـان صـعوبة في مواجهتها والتوافق معها ويسـتمر في هذا الصـراع من ميلاده حتى مماته ، وهو ينتقل من ضـغوط إلى ضغوط جديدة خلال مراحل عمره المختلفة.

فالضغوط والحياة تسيران جنباً إلى جنب وذلك لسبب واضح ألا وهو أن الحياة لا تسير على وتيرة واحدة، فغالباً ما نتعرض لمواقف وظروف لها متطلبات تفوق طاقاتنا وإمكانياتنا، سواء من حيث الواقع أو نتيجة لإدراكنا الشخصي.

فمع تعقد الحياة الحديثة وتطورها السريع يواجه الإنسان المعاصر العديد من المواقف التي تهدد حياته ومستقبله، وتزيد من قلقه وتوتره، فمن الحروب إلى الكوارث الطبيعية إلى غيرها من أحداث الحياة اليومية كالإعاقة، والضوضاء وصعوبة المرور، وسوء ظروف العمل، كل ذلك يبين لنا أن الحياة الإنسانية العادية غاصة بالضواغط من كل نوع، وفى مجتمع القرن العشرين أصبح من الأنسب أن يتحول تعبير« الكر والفر» إلى «المواجهة ولا هرب».

كما أن مصادر الضغوط في هذا العصر لا تقتصر على مجتمع بعينه، بل هي موجودة في كل المجتمعات تقريباً، وإن اختلفت في نوعها من مجتمع لآخر، بل أنها قد تختلف من فئة لأخرى داخل المجتمع الواحد وبالطبع سوف تكون الحياة سهلة لو استطعنا إشباع حاجاتنا ومطالبنا بشكل فوري وتلقائي، ولكن هناك العديد من المواقف سواء البيئية أو الداخلية التي تعوق مجهوداتنا وتتطلب منا مجهودات مضاعفة وتغيير أنشطتنا، وإعادة التكيف إذا ما أردنا مواجهة هذه العوائق وإشباع حاجاتنا.

فكلنا بلا استثناء نتعرض لمصادر متنوعة وكثيرة من الضغوط الخارجية سواء في العمل أو المدرسة، ضغوط داخل الأسرة مثل (المشكلات الصحية، ومنها الإعاقات المختلفة، المشكلات المادية......وغيرها)، ولكن هناك اختلافات في استجابات وردود أفعال الأفراد لمواجهة هذه الأحداث اليومية الضاغطة فالبعض يقاوم ويواجه هذه الأحداث والبعض الآخر يفشل في المواجهة والسيطرة على هذه الأحداث والتكيف معها.

ولا تمثل هذه الأحداث الطبيعية والاجتماعية ضغوطاً في حد ذاتها، وإنما هي ضغوط عندما يدركها الفرد، وكذلك عندما تمنعه من تحقيق هدف يسعى إليه أو معنى يحاول أن يمثله وتكون الضغوط هنا هي الشعور بالوطأة والانضغاط الناتج من وجود موضوعات بيئية تمنع الفرد من تحقيق أهدافه، ويكون معناها أيضاً المطالب التي تفوق أو تتجاوز قدرة الشخص على تحملها ومواصفاتها.

إن ظاهرة الأحداث الحياتية الضاغطة تُعد من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية تعقيداً ويلاحظ أن هذه الظاهرة تزداد مع سرعة التقدم في مجال العلم، والتكنولوجيا بل أن بعض الباحثين ينظرون إليها باعتبارها إفرازات للفجوة التي حدثت بين التقدم المادي واللامادي أيضاً خاصة مع اغتراب الإنسان وبُعده عن ربه، حيث تلاحقت ضغوط أحداث الحياة عليه وانتشرت في جنبات حياته المختلفة.

والضـغوط الحياتية شـأنها شـأن القلق والعدوان هي من توابع الوجود الإنساني، غير أن التعرض المستمر للضغوط الحياتية المختلفة لاسيما في مسـتواها الشـديد يمكن أن يؤدى للارتباك في الحياة والعجز عن اتخاذ القرار، ونقص التفاعل مع الآخرين، وتفشـى أعراض الأمراض الجسـمية النفسية (السيكوسوماتية)وغيرها.

ولما كانت الأحداث الحياتية الضاغطة شيئاً مفروضا على الإنسان في الوقت الحاضـر وأنه لا مفر منها، إذاً فالفرد في أشـد الحاجة إلى الدعم النفسـي والاجتماعي لمواجهة هذه الضـغوط من خلال التوجيه والإرشـاد، وتبصـيره بقدراته وإمكانياته، وإرشـاده إلى أفضـل الطرق والأسـاليب لاستغلال هذه القدرات إلى أقصى درجة ممكنة وبهذا يحقق لنفسه السعادة والسلامة ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا هو جوهر الصحة النفسية.

سابعاً- تعريف أحداث الحياة الضاغطة:

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضـوع الضـغط النفسـي أو **Stress** من جانب المهتمين بالصـحة النفسـية والبدنية إلا أن عبارة الضـغط أو الضغوط لا تعنى الشيء نفسه لهم جميعاً وتكمن المشكلة الرئيسية ضمن إيجـاد تعريف محـدد للمفهوم في أنـه تكوين فرضـي **Hypothetical Construct** وليس شيئاً ملموساً واضحاً من السهل قياسه، فغالباً ما يُستدل على وجود الضغوط من خلال استجابات سلوكية معينة، كما هو الحال في التعريف على الذكاء، وفيما يلي تعريف أحداث الحياة الضاغطة:

تعرف أحداث الحياة الضـاغطة بأنها: عوامل خارجية ضـاغطة على الفرد سـواء ككل أو على جزء منه وبدرجة تولد لديه إحسـاسـاً بالتوتر أو تشـويه في تكامل شـخصـيته، وحينما تزداد حدتها يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير خط سـلوكه إلي نمط جديد ولها أثارها على الجهاز البدني للفرد وعليه فإن أحداث الحياة الضاغطة هي حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطلب مدح فوق حدود استطاعته أو حين يواجه موقف صراع حاد.

وتعرف الضغوط بأنها:

تلك العوامل الخارجية والداخلية التي تؤثر على الفرد وتفرض عليه استجابة محددة هذه العوامل قد تكون سارة أو غير سارة وتؤدى إلى إعاقة ألمت به، أو نقص التوازن الجسمي والنفسي.

وتُعرف أحداث الحياة الضـاغطة بأنها: عوامل خارجية ضـاغطة على الفرد سواء بشكل جزئي أو كلى تولد لديه إحساساً بالتوتر أو اضطرابا في شخصيته وتغييراً في سلوكه .

وُتعرف بأنها: تلك العوامل الخارجية والداخلية الضـاغطة على الفرد ككل أو على أي جزء فيه، وهذا يؤدى إلى شعوره بالتوتر أو الاختلال في تكامل الشـخصـية وعندما تزداد هذه الضـغوط يفقد الفرد قدرته على التوازن.

وتعرف كذلك الضغوط بأنها: تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من أثار جسمية ونفسية.

فالأحداث الضاغطة هي: مجموعة العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية التي تتسم بالديمومة، ولا تقل في شدتها مع مرور الوقت، وتؤدى إلى الشعور بالتوتر، ويفقد الفرد من خلالها قدرته على التوازن.

ويعرف الضغط النفسي بأنه: مجموعة العوامل التي قد تكون نفسية،جسمية،اجتماعية، بيئية وينتج عنها استجابات صحية أو غير صحية، وينتج ذلك عن طريق العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر في حياة الفرد بشكل جزئي أو كلى ويؤدى إلى التغير والتوتر والاختلال في تكامل الشخصية.

ويُشار إلى أن الحدث الضاغط هو: أي ظرف طبيعي أو اجتماعي جديد يواجهه الفرد ولا تكفي استجاباته العادية لمواجهته مما يُحدث خللاً في توازنه النفسي، وقد يكون هذا الحدث بسيطاً في شدته، وقد يكون شديداً ومؤذياً بحيث يهدد حياة الفرد.

وتعرف أحداث الحياة الضاغطة بأنها: أي تغير في البيئة الخارجية أو الداخلية للفرد له قوة كفاية واستمرار بشكل يمثل عبئاً على القدرة التكيفية للشخص مما يجعله غير قادر على التحكم في الأحداث أو المشكلات .

كما تُعرف أحداث الحياة الضاغطة بأنها: مجموعة من المصادر الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد، وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف الضاغط، وقد يصاحب ذلك إحساس الفرد ببعض الاضطرابات الفسيولوجية والانفعالية التي قد تؤثر على شخصيته وسلوكه.

وهناك مفهوم مرتبط ارتباطا وثيقاً بمفهوم الأحداث الضاغطة وهو مفهوم المشقة:

ويختلف الباحثون في تناولهم لمفهوم أحداث الحياة المثيرة للمشقة من حيث ما يتضمنه من مواقف أو تغيرات في حياة الفرد وكذلك في نوع المشقة المثارة التي تمثل محور اهتمامهم فينصب اهتمام البعض على المشقة الفسيولوجية، كما يهتم البعض الآخر بالمشقة السيكولوجية وقد ينظر بعض الباحثين إلى مفهوم أحداث الحياة باعتباره مفهوماً لا يتطلب التعريف ، ومع ذلك يشير بعض الباحثين إلى أن مفهوم أحداث الحياة المثيرة للمشقة يتضمن أحداثا إيجابية أو سارة وأخرى سلبية أو منفرة وذلك اعتمادا على أن كلا النوعين من الأحداث يثير مشقة لدى الفرد ولكن بدرجات متباينة.

ومعنى ذلك وجود المشقة لا ينطوي بالضرورة على نتائج سلبية فقط، ربما ينطوي على أثار إيجابية تصل إلى اكتساب الفرد للمهارات التكيفية، وزيادة الثقة بالنفس، وتحدث فيه تغير إيجابي وتجعله أكثر كفاءة في عمل خطط واقعية فعلية للتعامل مع هذه الضغوط والمشقات، فعند تعرض الفرد للأحداث الحياتية الضاغطة يتكون لديه ثلاثة من الدوافع لا يمكن الفصل بينهم وهم:

١-الدافع للإنجاز: وذلك للحصول على أفضل الأساليب للوصول إلى الأحسن والأجود في كيفية إدراك ومواجهة هذه الضغوط المختلفة .

٢-ويرتبط بهذا الدافع نحو الإنجاز دافع آخر هو كيفية الحصول على القوة والشجاعة في مواجهة هذه الضغوط دون الخوف من الفشل أو الهروب من المواجهة.

٣-والدافع الثالث يدعم الدوافع السابقة وهو الميل نحو تكوين العلاقات الاجتماعية الناجحة كمصدر يُشعر الفرد بالأمن والدعم النفسي، واكتساب الخبرات المتنوعة لحل الكثير من المشكلات ومواجهة الكثير من الضغوط الحياتية .

ثامناً - أنواع الضغوط:

تتعدد أنواع الضغوط فهناك ضغوط ايجابية وضغوط سلبية، كما أن هناك ضغوط سارة وأخري مؤلمة، ولا نستطيع أن نحصر أنواع الضغوط في هذه الأنواع لأن الضغوط ترتبط بقدرة الفرد على تقبلها وكيفية التعامل معها، فما يكون حدثاً ضاغطاً لدي فرد قد لا يكون كذلك لدي فرد أخر، وفيما يلي أهم ثلاث أنواع من الضغوط وهي:

١- التوترات العادية في الحياة اليومية .

٢- التوترات التي تنشأ عن عدم إشباع حاجات الفرد وأهدافه الشخصية.

٣- الحاجة إلى بذل مجهود كبير.

وتصنف أنواع الضغوط إلى:

١- الضغوط الحادة: مثل الصدمات الجنسية التي تحدث في فترة الطفولة أو فقدان أحد الوالدين أو السلامة الصحية بأن يكون الفرد معوقاً، وفقدان العمل أو فقدان المال بشكل مفاجئ.

٢- ضغوط طويلة الأمد: فشل الشخص الطموح في تحقيق أهدافه وطموحاته بسبب عدم القدرة على ذلك أو القصور في تحقيق ذلك .

٣- الضغوط الذاتية: وهي الضغوط المؤثرة في شخص معين لفترة مثل النزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد والأخر.

وفي تصنيف آخر تتحد أنواع الضغوط وفق نتائج حدوثها إلى:

١-الأحداثالمفرطة:وهي تلك الأحداث التي ينتج عنها بعض المعاناة والألم والآسي، أي التي تمثل في مجملها خبرات وأحداث الحياة المؤلمة.

٢-الانفعالاتالسارة:وهي التي تؤدى إلى الشعور بالفرح والمتعة والنشوة

تاسعاً- مصادر الضغوط النفسية:

تؤكد الدراســات أن مصــادر الضــغوط متباينة ومتداخلة في آن واحد ويمكن أن تتمثل مصادر الضغوط في البيئة الخارجية، كما يمكن أن تتجسد أيضـــاً من خلال المتغيرات التكنولوجية والاجتماعية والاقتصـــادية والســياســية، وقد تبرز معالم هذه الضــغوط من النظم واللوائح والقواعد المجتمعية، كما أن الخوف والتهديد والإحباط تُعد جميعها مصادر الضغوط النفسية.

إن ثمة دراســات أخرى تؤكد أن أحداث الحياة وما تشــتمل عليه من اضطراب للعلاقات الإنسانية وتهديد الإنسان لأخيه الإنسان تُعد أيضاً من مصادر للضغوط الشائعة في الحياة، هناك دراسات أخرى تبرز مصادر الضــغط من خلال أبعاده الفســيولوجية، حيث يُعد ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة وتفشى الميكروبات من الأعراض الفسيولوجية للضغط المهددة للجسم والتي من مسببات الإعاقة والتي تنشط على أثرها الآليات الدفاعية لمقاومة الفيروس والاحتفاظ بالحياة.

ولقد تبلورت مصادر الضغوط التي تضمنتها البحوث منذ عام ١٩٣٠ فيما يلي:

الأمراض،والإعاقات، وكثرة الأعمال الإدارية، المسئوليات الإضافية، تدنى المرتب، ظروف العمل الســيئة، الانتقال من عمل لأخر دون تهيئة الفرد نفســياً، ضــعف الإمكانيات المادية، الحياة الاجتماعية للمؤسسة،والإرهاق،التدخين، ضعف الأنشطة، تضخم الضرائب، ضعف الاتصــال،النقد، الخوف من الفشــل، الانعزالية والوحدة، نظرة المجتمع المتدنية، عدم التعاون،الأنانية،اللامبالاة، ضــعف الدافعية، كما أن ذوي المستويات الاقتصادية المنخفضة أكثر إحساساً بالضغوط النفسية.

ويمكن النظر الى مصــادر الضــغوط من زاويتين الأولى من حيث تأثيراتها النفسية والثانية من حيث أنواع أحداث الحياة التي تُمثلها:

أولاً: الضغوط من حيث تأثيراتها النفسية:

وتتمثل في ثلاث فئات:

أ- الإحباط**Frustration**.

ب- الصراع **Conflict**.

ت- الضغط **Pressure**.

ثانياً : من حيث أحداث الحياة التي تمثلها:

إن الإحباط والصـــراع هما غالباً نتاج لأحداث الحياة، فهناك أحداث تُعد على قمة أحداث الحياة الضاغطة وهي إصابة شخصية أو مرض،والإعاقة، أو موت القرين،الطلاق، الانفصـــال الزواجي،الاعتقال، موت أحد أعضـــاء الأســـرة المقربين، فقدان الوظيفة عن طريق الإقالة، إصـــلاح الخلاف الزواجي والتقاعد، كما يمكن أن **تقسم مصادر الضغوط إلى نوعين**:

- مصـــادر الضـــغوط من الخارج: كالأعباء اليومية وضـــغوط العمل والتلوث.

- مصادر الضغوط من الداخل وهي:

١-الضغوط الانفعالية (القلق،الاكتئاب، المخاوف المرضية).

٢-الضـــغـوط الأســـريـة (الصـــراعـاتـالأســـريـة، كـثـرة المجـادلات،الانفصـــال،الطلاق، وجود أطفـال معوقين أو مرضـــي في الأسرة).

٣-ضـــغوط اجتماعية (كالتفاعل مع الآخرين، كثرة اللقاءات أو قلتها، العزلة).

٤-ضغوط الانتقال والتغيير (كالسفر،الهجرة، تغيير المسكن أو الإقامة، الانتقال إلى عمل جديد).

- **ومصادر الضغوط النفسية لدى المراهقين والمراهقات هي:**

١-المشكلات المدرسية: وأهمها الرسوب وزيادة الواجبات المدرسية لدى الذكور وسوء التكيف المدرسي لدى الإناث .

٢-المشـــكلات الذاتية: وأهمها نقص الثقة بالنفس، ومشـــكلات تتعلق بقصور النمو الفسيولوجي لدى الذكور والمشكلات السلوكية لدى الإناث .

٣-المشكلات الأسرية: وأهمها النزاعات الأسرية لدى الذكور وسوء التكيف الأسرى لدى الإناث .

- **وفي تقسـيم آخر لمصـادر الضـغوط لدي المراهقين أيضـاً تتلخص فيما يلي:**

١- أحداث الحياة الرئيسية (الموت أو فقدان عزيز).

٢- الأحداث الانتقالية (الانتقال إلى منزل جديد، أو إلى مدرسة أخري)

٣- المشاحنات اليومية (النزاعات الأسرية).

٤- ضـــغوط مرحلة البلوغ (إصـــدار حكم ذاتي – صـــورة الجســـم – الاهتمامات الجنسية).

٥- ضغوط مزمنة (النتائج الدراسية) .

فمصادر الضغوط النفسية عديدة ومتنوعة وتتوقف درجة التوافق معها على ما يتسم به الفرد من استعداد لمواجهة هذه الضغوط والتعايش معها للتخلص منها وإلا وجد نفسه بين مطرقة التحديات وسندان الأعراض المرضية النفسية وهذا يتوقف على سمات شخصية الفرد ونظرته للحياة، فكلما كان الفرد ذو نظرة تفاؤلية كلما كان قادراً على التعامل مع المواقف الضاغطة ومواجهتها، بينما صاحب النظرة التشاؤمية فغالباً ما يستسلم لهذه المواقف ويقع فريسة للمرض النفسي .

فأحداث الطفولة غير السارة التي تتضمن الرفض،والنكران، تؤدى إلى شعور بعدم الأمن، وتوقع الخطر، مما يؤدى إلى حالة من القلق المستمر، وبشكل أكثر تفصيلاً فإن أحداث الحياة الضاغطة في الطفولة المتمثلة في الرفض والنكران تجعل الفرد يشعر بانخفاض في قيم الذات، مما يجعل الفرد ينظر للعالم على أنه مكان غير آمن، ويتوقع منه الشر والمخاطر، وهذا يؤثر في تقديره وإدراكه لمصادر تلك الأحداث الضاغطة، ويقلل من قدراته في مواجهة تلك الأحداث مما ينعكس عليه بإحساسه بالقلق.

فالمواقف الضاغطة عموماً إذا تضمنت مطالب في حدود وإمكانيات الفرد وقدراته، فإنها تساعده على تحقيق التوافق والتكيف النفسي، أما إذا كانت هذه المواقف الضاغطة تفوق قدرة الفرد وإمكانياته فإنها تؤدى إلى الاغتراب عن الذات، ولكن مهما كان الأثر الناجم عن أحداث الحياة الضاغطة محدوداً إلا أن له أثاراً على الصحة النفسية والعقلية والعضوية للفرد.

ويمكن أن نفهم ذلك بالنظر إلى الآثار الإيجابية لأحداث الحياة السارة مهما كانت ضئيلة كالابتسامة، فكما أن لتلك الأحداث الإيجابية البسيطة أثر إيجابي على الحالة النفسية والعقلية والعضوية للفرد، فكذلك تكون الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة ضارة مهما كانت بسيطة، وتزداد تلك الآثار بزيادة تكرار تلك الأحداث حتى لو كانت بسيطة.

ولكن هناك عوامل واقية **protective factors** تخفف من وقع هذه الأحداث الضاغطة فهناك ثلاث متغيرات واقية من الأثر النفسي الذي تحدثه الضغوط تتمثل في:

١-سمات الشخصية التي تتسم بالاستقلالية، وتقدير الذات .

٢-المساندة الأسرية التي تتسم بالترابط والانسجام العاطفى.

٣-المساندة الاجتماعية التي تتسم بالتشجيع، وتحفيز الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقاية نفسه منها.

ونخلص مما سبق بأن للضغوط دور إيجابي بالإضافة للدورالسلبي، حيث أنها تساهم في تكوين الشخصية الواعية المُدركة لقدراتها الفعلية ومتطلبات الحياة المختلفة وذلك لأن الخبرات التي يكتسبها الفرد في مواجهة الضغوط تمده بالكثير من المعلومات سواء الاجتماعية، أو النفسية التي تساهم في تكوين الشخصية المتوازنة القادرة على التعايش والتكيف مع أحداث الحياة.

وهناك عامل هام يزيد من قدرة الفرد لمواجهة المشـكلات ويحفزه نحو العمل وهو النظرة الإيجابية المتفائلة نحو المسـتقبل والحياة بصـفة عامة، فالتفاؤل يزيد من قدرة الفرد ويحفزه لبذل أقصـى ما لديه من جهد للتغلب على الضغوط الحياتية والتخلص من الضيق والتوتر وتحقيق أعلى مستوى من السعادة،وهو المأمول من هذا الكتاب الذي بين ايدينا.

وتختلف ردود أفعال الوالدين ذوي الأطفال المعوقين تبعاً للضـغوط النفسية نتيجة لوجود طفل معوق للأسرة، كما تمثلت في عدد من التغييرات في نمط الحياة اليومية الاجتماعية مثل الكآبة،والغضـب،والخوف، والقلق، ويمكن توضيح ردود الأفعال فيما يلي: -

١-الصدمة: -Shock:

تعتبر أن هذه المرحلة أول رد فعل للأسـرة التي لديها طفل معوق وتشـعر هذه الأسـرة بالحزن العميق والحيرة وانعدام القدرة على التفكير والشـعور بالحرمان وتكون الأسـرة هنا شـديدة الحاجة للدعم والإرشـاد، ويعاني الوالدين في هذه المرحلة من الارتباك والحزن ويبدؤون في طرح الأسـئلة التي تعبر عن الصـدمة مثل (أنا لا أصـدق ذلك -ماذاأفعل؟ - أنا أعرف بأن ابني يعاني من مشكلة لكن ليست بهذه الجدية!!).

وفيها يشـعر الوالدين بمشـاعر كثيرة ومتلاحقة بدأت بعدم التصـديق والسـؤال عن السـبب هل هو من الأب؟ أم من الأم؟ أو كليهما؟ ويحدث ارتباك في الأسـرة ككل وتصـدع في العلاقة الزوجية وقد يصـاب أحد الوالدين أو كليهما بالقلق الزائد،والاكتئاب، وقد يتبادل الوالدين الاتهامات لبعضهما البعض بالتقصير والإهمال.

وفي هذه المرحلة لا يصدق الآباء وجود إعاقة ويحدث ارتباك في نسق حياة الأسرة يصاحبه شعور بالإحباط والذنب وربما الغضب وإلقاء اللوم على الآخرين، وقد تتأثر علاقة الأسرة بالأقارب والأصدقاء ويحدث نوع من الاكتئاب والانسحاب.

ويشـعر الوالدين في هذه المرحلة بالحزن الشـديد عند تشـخيص حالة طفلهم بالإعاقة حيث ينظر الوالدين إلى الطفل المعوق على أنها خسـارة مفجعة، وقد يؤدي هذا الطفل إلى الحزن كما لو كانت الأسـرة فقدت أحد أفرادها بالموت بل أكثر من ذلك فهذا الحزن لا ينتهي فهو موجود كل يوم فهم يشـعرون بآلام حادة، ويعاني الوالدين في هذه المرحلة من عدم تقبل تشخيص حالة طفلهما والتعامل مع الوالدين.

في هذا الوقت يكون من أصـعب المواقف التي يواجهها الأطباء والأخصائيين وذلك لأن الوالدين كانوا يتوقعون صورة مثالية لما سيكون عليه طفلهما والإعاقة تمثل فقدان طفلهم السـليم وتجبرهم على التكييف والتعايش مع طفل آخر سيجلب معه الكثير من الضغوط.

٢-**الأنكار**: -**Denial**:

ينكر الوالدان وجود إعاقة لطفلهما بأن يقولا أن هناك خلل بالتشـــخيص ويبحثون في هذه الفترة عن مصـــادر أخرى تنفي لهم حقيقة طفلهم المعوق وفي هذه المرحلة ينظر الوالدين إلى أنماط السـلوك الإيجابية عند الطفل ويبالغون في تقسيمها ويتجاهلون أنماط السلوك السلبية كنوع من الهروب من حقيقة إعاقة طفلهم، وتعتبر هذه المرحلة مرحلة عدم اعتراف الوالدين بإعاقة طفلهم وتعيش الأســرة فترة حداد وعزاء على الحلم الجميل الذي لم يتحقق -طفل عادي- فبعضهم يسعى لإيجاد سكن داخلي للطفل وبعضهم في محاولة للتهرب من مواجهة الأقارب والأصدقاء.

تنكر الأسـرة الإعاقة عند اكتشـافها كي تدافع عن نفسـها ضـد مشـاعر الدونية والنقص وتشعر فيها الأسرة بإحساس الفشل وتقام التعليقات التي قد تصـدر من الآخرين بشـأن الطفل وتحتاج الأسـرة في هذه المرحلة إلى أن يسـاعدها المرشـد على أن تسـتبصـر الواقع وأن تفهم كيفية التصـرف تجاه الإعاقة.

تأتي هذه المرحلة بعد الصــدمة وتأخذ الأســرة فيها الوقت الكافي لتقبل الواقع بدرجات تسـتطيع التعامل معها ويظهر النكران بأشـكال متعددة، فقد يبدأ بالانتقال بين الأطباء والمتخصصين بحثا عن تشخيص أفضل لطفلهم أو قد يحاولون إيجاد مؤسسـات لإيواء الطفل أو إقناع أنفسـهم بأن المشـكلة ليسـت بدرجة الشـدة التي قدمت إليهم وقد يصـل النكران إلى اعتقادهم بأن طفلهم سيشفي بمعجزة ما ولابد أن تصل الأسرة في النهاية إلى توازن بين الواقع والمأمول.

ويعيش الوالدان في هذه المرحلة حالة من الشـــعور بالأســـى والحزن وعدم التصـــديق، والنكران عملية تســـاعد الإنســـان على التعايش مع المتغيرات التي تهدده وتشـكل خطرا بالنسـبة له حيث يزود الإنســان بفترة زمنية للبحث عن القوى الداخلية (الذاتية) والقوى الخارجية (المعلومات والجمعيات المتخصصة والأصدقاء.... إلى آخره).

ينتج الأنكار من قلق الوالدين وخوفهم من عدم القدرة على الاســـتجابة لاحتياجات الطفل المعوق ويعتبر الأنكار دلاله على شـدة التأثر والانغماس في المشكلة كما أنه يدل على زيادة الثقة عند الوالدين.

٣-**الغضب**: -**Anger**:

يعتبر الغضـــب محصـــلة طبيعية للشـــعور بالحزن والإحباط وقد توجه الأســـرة الغضـــب إلى الخارج مثل انتقاد تجهيزات المســـتشـــفى حيث أن الأجهزة لم تكن كافية وبمستوى مناسب وقت الولادة أو انتقاد الأطباء بأنهم حديثو العهد في مجال الطب ومهاراتهم ليست عالية وقد توجه الأسرة النقد نحو الذات حيث يلوم الأب نفســـه أو زوجته وقد تلقى الزوجة باللوم على نفسها أو على زوجها وأنهم لم يتخذوا الإجراءات المناسبة أثناء الحمل.

كما يعتبر الغضب شعوراً يلازم عملية الحزن والحداد فهو يحدث نتيجة لاختلال في توقعات الوالدين فهما يتوقعان طفلاً طبيعياً يعيش حياة طبيعية ولكن يحدث عكس ذلك وبذلك يعد الغضب عند الوالدين قناع للخوف من مواجهة الحياة الجديدة التي بها طفل معوق سمعياً وكذلك الخوف على هذا الطفل وغالبا نجد أن الغضب مقرون بفقدان الحب والتهديد مما يؤثر على طفلهم فيؤدي إلى الاكتئاب.

يحدث غضب لأحد الوالدين أو كليهما نتيجة لهذا الحدث غير المتوقع «طفل معوق » وقد يوجه هذا الغضب من إحداهما إلى الآخر كما قد يوجه هذا الغضب إلى الاختصاصي القائم على تشخيص حالة الطفل، وقد يوجه هذا الغضب إلى تجهيزات المستشفى التي لم تكن كافية وبمستوى مناسب أثناء وقت الولادة وكذلك الغضب من الأطباء غير الماهرين، وكذلك الأدوية الخاطئة التي وضعها الطبيب وتسببت في وجود.

وهنا يشعر الوالدين بعدد من مشاعر الغضب، وتأنيب الضمير، والشعور بالذنب، والحزن وأحيانا تكون هذه المشاعر متضاربة وقد يلوم الوالدان بعضهما البعض أو أنفسهما لحدوث الإعاقة عند الطفل وقد يوجه الغضب لأحد أفراد الأسرة أو المجتمع أو الطفل نفسه.

٤-الشعوربالذنب Guilt:

وهي مشاعر تكون نتيجة ثقافة، يرى البعض أن الإعاقة عقابا من عند الله أو الإحساس بالتقصير والشعور بالمسئولية السببية عن الإعاقة سواء بالوراثة أو بتناول أدوية أثناء الحمل.

يشعر والدي الطفل المعوق بالذنب كما تشعر الأم بأنها سبب الإعاقة وأنها مسئولة عن رعاية الجنين طوال فترة الحمل وولادة طفل سليم، وعند مجيء الطفل المعوق يعطي إحساس للأم بالفشل وتبدأ الأم في مراجعة أيام الحمل يوم بيوم لمعرفة سبب الإعاقة.

كما يشعر الأب بالذنب المرتبط بفشله في حماية أسرته فهو يشعر بأن أحد أفراد الأسرة يتعرض للإيذاء وهو غير قادر على حل المشكلة وقد يكون نتيجة الإحساس بالذنب هو الحماية الزائدة لهذا الطفل المعوق وكان لسان حال الأسرة يقول «تركتك أيها الطفل تتعرض للإيذاء فلن أتركك تتعرض له مرة أخرى»، وهذا الاهتمام الزائد يعرض حياة الأسرة للانهيار وعدم الاهتمام بالأخوة الآخرين.

ويظهر شعور والدي الطفل المعوق بالذنب في ثلاث مظاهر هي: -

١- أن يشعر الوالدين بأنهما تسببا في إعاقة طفلهما.

٢- اعتقاد الوالدين بأن إعاقة الطفل أنما هي عقاب على فعل خاطئ صدر عنهما في الماضي.

٣- شعور الوالدين بأن الإعاقة شيء سيء لا تحدث للإنسان الجيد ولذلك فهما يشعران بالذنب بمجرد وجود حالة الإعاقة.

ويشـــعر الوالدان بهذا تجاه طفلهما لأنهما لم يتخذا الإجراءات الوقائية لمنع حدوث الإعاقة وقد يلوم كل طرف الأخر ويحمله المسئولية في سبب الإعاقة، ويؤدي الشعور بالذنب إلى الاهتمام المطلق بعناية الطفل أو إهمال احتياجاته واحتياجات أفراد الأســـرة، كما يؤدي أيضـــا إلى العزلة عن المحيطين وتجنب أســـئلة الآخرين المحرجة وكتمان وجود طفل معوق في الأسرة أحيانا.

٥-المرحلة الواقعية «تقبل الحقيقة»: **Accept the truth-**:

تتقبل الأسرة طفلها المعوق ويبدأ الوالدان في إدراك وتفهم حالة طفلهما والسعي نحو مساعدته وذلك بالاشتراك في البرامج المساندة لهم ولطفلهم كما لا توجد طريقة واحده لتفاعل الأســـرة مع وجود طفل معوق فنجد أن فعل كل أسرة يعتمد على التكوين النفسي للأسرة ومدى شدة الإعاقة وكمية الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والإخصائيين على الرغم من وجود تشابه في ردود الفعل إلا أن الأسر التي تستمتع بوضع اقتصادي واجتماعي وأسـري مريح تكون في الغالب أقدر على التعايش بشـكل فعال من الأسر التي تعاني من أوضاع اقتصادية واجتماعية وأسرية سيئة فنجد بها المزيد من الضغوط والمشاكل وعدم القدرة على التكيف.

وهي النقطة التي تتنبأ بنهاية الرفض الشعوري أو اللاشعور للمشكلة ومواجهتها بالسؤال والاستثارة بالمشاركة في الرأي وتحديد المسئوليات والمتابعة الواعية وتوزيع الأدوار.

وتبدأ الأســـرة في تقبل الواقع لحالة طفلهما وتبدأ في التطلع لما حولها لإيجاد إمكانيات لمعالجة طفلها ورعايته كما تقوم الأســـرة بوضـــع الخطط لإعادة ترتيب الحياة الأسـرية لاسـتيعاب الطفل وتوزيع الأدوار على أفراد الأسرة مما يدل على تماسك الأسرة والتحدي للمشاكل والصعوبات التي تواجهها.

يتقبل الوالدان -على حســـب قدرتهما على التكيف مع حياة طفلهما المعوق -عجز طفلهما ويبدأن في التأقلم مع حاجاته الخاصـــة ويســـاند كل منهما الآخر ويعالجا المشـكلات كلما ظهرت ويحاولا البحث عن الخدمات المتوفرة في مجتمعهم وبيئتهم والتي من شـــأنها تلبيه احتياجات طفلهما المعوق بمراجعة العديد من الأطباء والمراكز الاجتماعية التي تســـاعدهم على ذلك.

وتشـــمل هذه المرحلة ردود أفعال ناضـــجة للوالدين وفيها يتم تحديد المشـــكلة والتعامل معها وقبول الطفل المعوق وردود فعل الوالدين ليســـت مرحلية بمعنى أنها مرحلة تليها الأخرى ولكنها عشوائية متخبطة ليست لها نظام أو ترتيب.

وتُلخص ردود فعل الوالدين تجاه إعاقة طفلهما في المراحل التالية: -

١-**الصدمة**: يصاب الوالدان بصدمة عندما يعلمان أن طفلهما معوق.

٢-**الإنكار**: يتمثل في الأنكار في رفض الوالدين إعاقة طفلهما والتشكك فيما يقوله المختص نتيجة عدم الثقة في التشخيص.

٣-**الغضب**: وذلك بأن يتأكد الوالدان فعليا بأن طفلهما يعاني من إعاقة ما بعد الرجوع لأكثر من أخصائي، فيغضب الوالدان لكون الحظ لم يحالفهما في أنجاب طفل سليم ولأن أحلامهما لم تتحقق.

٤- **الشعور بالذنب والحزن**: فقد يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير إزاء إعاقة طفلهما وذلك اعتقادا منهما بأنهما معا أو واحدا منهما هو السبب في هذه الإعاقة كان يكونا قريبين مثلا، أو أن واحدا منهما يعاني من إعاقة ما، أو أن الأم لم تراع سبل الوقاية والعناية السليمة أثناء فترة الحمل، لأنها كانت تتعاطى بعض الأدوية أو العقاقير، أو أهملت أساليب التغذية السليمة أو ما شابه ذلك.

٥- **التقبل والاعتراف**: وأخيرا بعد أن يقتنع الوالدان بأن الأمر قد حدث فعلا وأنه لا مجال فيه لخطأ في التشخيص أو للنكران، ولا مجال لإلقاء اللوم على أحد الأطراف وأن عليهم أن يتقبلوا طفلهم بوضعه الحالي وأن يعملوا على الأخذ بيده ومساعدته على التوافق مع الحياة الأسرية والاجتماعية.

ومن هنا تستنتج أن وجود الطفل المعوق لدى الأسرة ينجم عنه مشكلات عديدة عاطفية وسلوكية واقتصادية واجتماعية تؤثر على مجرى حياتها، لذلك يسود الهم والقلق والحزن الشديد إضافة إلى التوتر النفسي وعدم الاستقرار والخوف من المستقبل وتصبح النظرة إلى الحياة سوداء ممزوجة بالكآبة.

ويؤكد على ذلك الكثير من الدراسات حيث أن اعاقة الطفل تؤدى إلى خلق جو من التعاسة والشقاء الأسرى نتيجة لشعور الوالدين بإخفاق الطفل في تحقيق أمالهما.

وسنتناول بالتفصيل عدد من أنواع الإعاقات من حيث التعريف والأسباب، وطرق مساعدة معاقي كل النوع سواء من برامج إرشادية، أو برامج علاجية،لأن إذا لم يهتم المجتمع برعايتهم فإن المجتمع يخسر مرتين الأولى: عندما يخسر هؤلاء الناس كأفراد غير متوافقين يعيشون عالة عليه، والثانية: عندما يدفع المجتمع من حالات بؤس وشقاء أو عندما يتحمل نتائج انحراف فئة منهم نتيجة لعدم توجيههم التوجيه الصحيح في الوقت اللازم

الفصل الثاني
الإعاقة السمعية

مقدمة:

يلعب السمع دوراً رئيساً في نمو الإنسان فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة لذا تشكل حجر الزاوية لتطور السلوك الاجتماعي-كذلك فإن حاسة السمع تمكن الإنسان من فهم بيئته ومعرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها، حيث يعتمد إدراك الإنسان لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر الحواس (السمع-البصر-الشم-الذوق-اللمس).

وحيث أن الطفل المعوق سمعياً يعيش في قلق واضطراب انفعالي فهو يعيش في عالم صامت خال من الأصوات واللغة، كما أنه معزول عن الرابطة التي تربطه بالعالم الخارجي، ومحروم من معاني الأصوات التي تدل على الحنان والعطف والتقدير وكل هذا يعمق مشاعر النقص والعجز لديه.

ويوجد عاملان أساسيان يؤثران على تطور اللغة والتعلم عند الفرد المصاب بالإعاقة السمعية وهما جيل الإصابة بالإعاقة ومدى الخسارة السمعية، فكلما كانت الإصابة في جيل مبكر أكثر، وبخاصة قبل اكتساب اللغة، ستكون هناك صعوبة في اكتساب اللغة بالشكل الكامل والسليم، وكلما كانت حدة الإعاقة أقوى، كان من الصعب تعليم الفرد عن الأصوات واللغة.

وبما أن اللغة هي الوسيط في عملية التعلم والتعليم نستنتج أن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية قد يعانون من صعوبات في التعليم، وبالتالي يجب تزويدهم ببدائل للتعليم أو مساعدتهم على تحسين أداء الأذن من خلال الأجهزة التي توضع خلف الأذن أو تزرع داخلها.

***

مفهوم الإعاقة السمعية:

للإعاقة السمعية عدد من التعريفات منها: -

تعرف الإعاقة السمعية بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع استخدام المعينات السمعية أو بدونها وتشمل الإعاقة الأطفال الصم وضعاف السمع.

وتعرف أيضاً بأنها هي تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنين معاً، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارات وقد يكون القصور السمعي جزئياً، أو كلياً، شديداً، أو متوسطاً، أو ضعيفاً، وقد يكون مؤقتاً، أو دائماً وقد يكون متزايداً أو متناقصاً أو مرحلياً.

كما تعرف الإعاقة السمعية بأنها ضعف في قدرة الفرد على السمع وقد يتراوح بين فقدان بسيط إلى انعدام تام للقدرة السمعية.

وهي تعني العجز الكلي في جهاز السـمع أو العجز الجزئي في الجهاز نفسه والذي يؤدي إلى ضعف حدة السمع.

وكذلك عرفت بأنها فقد حاسة السمع منذ الولادة أو قبل تعلم الكلام فأدى إلى عدم القدرة على سـماع الكلام المنطوق – ولو بمعينات سـمعية – والاضطرار لاستخدام لغة الإشارة أو غيرها من أساليب التواصل.

وهي حدوث خلل أو اضـطراب في جهاز السـمع وهو الأذن بأجزائها الثلاث الداخلية والوسطى والخارجية.

ويجب أن نشير إلى أن ذوي الإعاقة السمعية تتضمن الأصم، ضعيف السمع.

ضعيف السمع: Hard of Hearing:

وعرف ضـعيف السـمع بأنه هو شـخص لديه عيوب في السـمع ولكنه يستفيد من حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. فحاسة السمع لديه تؤدي دوراً في حياته الاجتماعية.

ويعرف بأنه الشخص الذي يعاني من فقدان في القدرة السمعية قد يمكن تعويضـها بالمعينات السـمعية وارتفاع شـدة الصـوت ويمكنه التعلم بذات الطريقة التي يتعلم بها الأفراد العاديين بعد استخدام المعينات السمعية.

كما يعرف بأنه الشخص الذي يعاني من صعوبات في السمع.

ويعرف أيضـاً ضـعيف السـمع بأنه حالة من انخفاض في حدة السـمع لدرجة قد تسـتدعى خدمات خاصـة كالتدريب السـمعي أو قراءة الكلام (الشفاه) أو علاج النطق، أو التزويد بمعين سمعي.

وهو ذلك الشخص الذي يعاني من عجز جزئي في حاسة السمع بدرجة لا تسـمح له بالاسـتجابة الطبيعية لأغراض الحياة اليومية إلا في ظروف خاصة وبمعينات سمعية.

وهو ذلك الخلل الذي يصيب الجهاز السمعي فيؤدي لعجز الإنسان عن السمع وإعاقته عن التفاعل والتواصل مع الآخرين.

ويشـار إلى ضـعيف السـمع بأنه الشـخص الذي يعاني من بعض المشكلات البسيطة في حاسـة السـمع مما يؤدي إلى قصـور أو نقص في الاسـتفادة الكلية من حاسـة السـمع أي أنه يعاني من فقد جزئي في السـمع ويمكنه الاسـتعانة بوسـائل معاونة لتحقيق السـمع لديه والتدريبات اللغوية والسمعية المناسبة، مما يجعله قادرا على اكتسابه للغة والاستمتاع بالحياة والاندماج في مجتمع العاديين.

الأصم: Deaf Hearing:

تعرف منظمة اليونسكو الأطفال الصم بأنهم الذين لديهم تدهور حاد في اللغة المنطوقة والنمو اللغوي ويعود ذلك إلى قصور سمعي حاد ونقص التدريب الكلامي والتكنيكيات المساعدة عليه وفي الدول التي لديها إمكانيات ملائمة للتشخيص والتدريب والإمداد بالمعينات السمعية فإن بعض الأطفال ذوي القصور السمعي في تلك الدول لا يعتبرون صما في حين نظرائهم في الدول التي تنقصها تلك الإمكانيات يعتبرون من الصم.

كما يعرف الأصم بأنه ذلك الطفل الذي ولد فاقدا لحاسة السمع ويترتب على ذلك عدم استطاعته على تعلم اللغة والكلام أو الطفل الذي أصيب بالصمم في طفولته قبل اكتساب اللغة أو الكلام أو أصيب بالصمم بعد تعلم اللغة والكلام مباشرة ولكن لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

وتعرف وزارة الشئون الاجتماعية الأصم بأنه الشخص الذي فقدت حاسة السمع لديه وظيفتها في أغراض الحياة الاجتماعية.

كما يعرف الأصم بأنه الشخص الذي تحول إعاقته السمعية دون فهمه للكلام عن طريق حاسة السمع وحدها سواء باستخدام السماعة الطبية أو بدونها.

ويعرف أيضاً بأنه ذلك الطفل الذي حُرم من حاسة السمع (منذ ولادته) إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيل السمع مع أو بدون المعينات السمعية، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

كما أنه ذلك الطفل الذي ولد فاقدا لحاسة السمع أو أصيب بالصمم في طفولته قبل اكتساب أو تعلم الكلام وترتب على ذلك عدم قدرته على الاستفادة من السمع، ولا يستطيع فهم الكلام المنطوق أو اكتساب اللغة أو التعلم بالطريقة العادية.

ويراه البعض بأنه من يسمع بأذنه ولكن لا يستجيب لما يسمع نتيجة لصمم عقله.

ويعرف الطفل الأصم بأنه الطفل الذي يعاني من ضعف سمعي بدرجة شديدة (٩٠وحدة ديسبل)، ويؤدي هذا الضعف إلى عدم حصوله على المعلومات اللغوية من خلال السمع مما يؤثر على أنجازه التعليمي.

ويعرف أيضاً بأنه الطفل الذي تتراوح درجة فقدان السمع لديه ما بين (٧٠ وحدة ديسبل) إلى (٩٠ وحدة ديسبل)، ولا يستطيع سماع الأصوات، مما ينتج عنه عدم القدرة على تعلم الكلام واللغة، ويحتاج إلى تدريب على قراءة الشفاه، أو لغة الإشارة، إلى غير ذلك من أساليب التواصل.

ويشار للأطفال الصم بأنهم أولئك الذين تعطلت لديهم الحاسة السمعية نتيجة ظروف طبيعية وراثية أو مكتسبة بيئية أدى لفقدهم القدرة السمعية وأصبح لديهم عجز سمعي تام، ولا توجد لديهم أية آثار لبقايا أو قدرة سمعية حتى مع استعمال معينات سمعية بشكل يعوق تواصلهم لفظيا مع الآخرين، والاعتماد على حاسة البصر أو طرق التواصل المرئية للتواصل مع الآخرين.

مما تقدم نوضح أن هناك فرق بين الصمم وضعف السمع حيث أن الفرد المصاب بالصمم يعني أنه لا يستطيع الاستجابة لأي مثيرات صوتيه تشير إلى فهمه لما يسمع ولكن ضعيف السمع هو الفرد الذي يستطيع أن يستجيب للمثيرات الصوتية استجابة تدل على إدراكه وفهمه هذه المثيرات بما يمكنه من التفاعل مع البيئة التي حوله بشرط أن تكون هذه المثيرات الصوتية تقع في حيز بيئي يمكن الاستجابة له ويكون في حدود إمكانياته السمعية. وهذا يقع ضمن تصنيفات الإعاقة السمعية المختلفة.

وتقسم الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أجزاء، وهي: الإعاقة السمعية التوصيلية، وتكون الإصابة في الأذن الخارجية، أو الوسطى، والإعاقة السمعية العصبية وهي اضطراب في الأذن الداخلية والعصب السمعي، والإعاقة السمعية المركزية التي يكون مصدرها في الدماغ.

تصنيف الإعاقة السمعية:

للإعاقة السمعية تصنيفات مختلفة منها: -

يصنف كارتز الإعاقة السمعية وتشمل الفئات التالية:

١- عادى السمع وهو من (٥-٢٤) ديسبل.

٢- متوسط الفقدان وهو من (٢٥-٣٩) ديسبل ويكون لديه صعوبة في فهم الكلام وخاصة من المسافات الطويلة نسبياً.

٣- شديد الفقدان وهو من (٤٠-٥٤) ديسبل وتتنوع لديه الصعوبات والمشكلات الكلامية.

٤- شديد جداً في فقدانه للسمع وهو من (٥٥-٦٩) ديسبل ولديه صعوبة شديدة في فهم الكلام حتى مع الصوت المرتفع.

٥- فقدان سمعي حاد وهو من (٧٠-٨٩) ديسبل ولديه صعوبة حادة في فهم الكلام حتى مع الصوت المرتفع جداً ودائماً ما يستخدم المعينات السمعية.

٦- فقدان سمعي عميق وهو من (٩٠-فأكثر) ديسبل وهو معتمد بشكل كلى على الإشارات لأنه مع استعمال المعينات السمعية يعجز عن الكلام وفهمه.

٧- فقدان السمع الكلي (الصمم الكلي).

وفى تصنيف آخر لمنظمة الصحة العالمية هو: -

- فقدان السمع الكلى (الصمم الكلى).
- الضــعف الســمعي العميق وهو ما يزيد عن ٩١ ديســيبل (وحدة صوتية).
- الضعف السمعي الشديد وهو من ٩٠ إلى ٧١ ديسيبل.
- الضعف السمعي المعتدل الشدة وهو من ٧١ إلى ٥٦ ديسيبل.
- الضعف السمعي المعتدل وهو من ٥٥ إلى ٤١ ديسيبل.
- الضعف السمعي الخفيف وهو من ٤٠ إلى ٢٦ ديسيبل.

وفي تصـنيف طبي آخر للإعاقة السـمعية تبعا لمكان الإصـابة في الأذن يقسمها إلى ثلاث، وهي كالتالي:

أ- ضعف سمع توصيلي: وتكون الإصـابة هنا في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى وغالباً ما يعاني المصـاب من ضـعف سـمعي بسيط أو يزيد قليلا.

ب- ضعف سمع حسي عصبي: وتكون الإصابة هنا في الأذن الداخلية والعصب السمعي وخاصة المنطقة الموصلة بالأذن والمخ.

ت- ضـعف سـمع مختلط: وهنا المريض يجمع بين الضـعف التوصـيلي والضعف الحسي العصبي وقد يصعب علاج هذه الحالات.

وكذلك يمكن تصـــنيف الإعاقة حســـب العمر الزمني التي حدثت فيه الإصابة إلى:

أ- صمم قبل تعلم اللغة:

وفيها تحدث الإصــابة منذ الولادة أو بعدها بقليل ويطلق على ذلك أيضــا الإعاقة الســـمعية قبل تعلم اللغة (صـــمم الولادة) وقديماً كان يطلق عليهم الصم البكم.

ب- صمم ما بعد تعلم اللغة في سنوات العمر منذ الطفولة:

ويختلف هؤلاء الأفراد عن المجموعة الأولى بقدرتهم على اســـتخدام الكلام في التواصل ويطلق عليهم صم فقط.

أسباب حدوث الإعاقة السمعية:

توجد أسباب عدة للإعاقة السمعية فقد يحدث نتيجة لعوامل وراثية تظهر في صـــورة عيب خلقي أو فقدان تدريجي أو نتيجة لعوامل بيئية تحدث قبل أو بعد أو أثناء عملية الولادة. ومعرفة أسـباب الصـمم ودرجته من الأمور المهمة التي تساعد في تفسير طبيعة الاتجاهات الو الدية تجاه الطفل الأصم.

ويرجع الصمم إلى الأسباب الآتية: -

١-**أسباب وراثية**: وهي نسبة تقرب من ال ٥٠% من إجمالي المصابين بالصمم وترجع لبعض العوامل الجينية التي تنتج عنها الإعاقة السمعية.

٢-**أسباب بيئية**: وهي تنقسم إلى ما قبل الولادة وإثناءها وبعد الولادة.

أ. قبل الولادة، ومنها: -

- إصابة الأم في شهورها الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية.
- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهري
- تناول الأم لبعض العقاقير أو التعرض لأشـــعة أكس أثناء الشـــهور الأولى من الحمل.
- تعارض عامل **RH** (بايجابية لجنين وسلبية للأم) في دم الأم والطفل.
- حوادث تصـيب الأذن، أو نقص إفرازات المادة الصـمغية أو زيادتها، أو حوادث في الأذن نفسها.

ب. أثناء الولادة: -

- ولادة الطفل قبل اكتمال نموه.
- تعرض المولود للاختناق ونقص الأكسجين أو مشاكل الحبل السري.
- اسـتخدام الطبيب للآلات مثل الجفت أثناء علمية الولادة بشـكل يؤدي إلى الإصابة.

ج. بعد عملية الولادة:

- إصابة الطفل بالسحائي.
- إصـــابة الطفل بالتهاب الغدة النكافية والحمى القرمزية أو الحصـــبة ومضاعفاتها.
- إصابة الطفل بالحمى الشوكية التي تصيب العصب السمعي بالالتهاب والضمور.
- إصـــابة الطفل بنزلة برد شـــديدة مع حدوث التهاب في اللوزتين واللحمية مما يؤثر على الأذن الوسطى فيؤدي إلى حدوث ثقب في الطبلة.

- تعرض الطفل لحادث أو ضـربة بشـدة مما يؤثر على مركز السـمع بالمخ.

- تعرض الطفل لسماع أصوات شديدة عالية لفترات طويلة.

كما يوضح آخر أهم أسباب الإعاقة السمعية فيما يلي: -

- **العوامل الوراثية:**

وتتمثل العوامل الوراثية في:

أ- التشـوهات الخلقية سـواء ذلك في طبلة الأذن أو العظيمات أو القوقعة.

ب- إصابة الأم بالعدوى خلال الحمل وخاصة الحصبة الألمانية.

ت- الولادة قبل الميعاد الطبيعي لها.

ث- المضاعفات الناتجة عن بعض الولادات المتعسرة.

ج- إصـابة المولود باليرقان خاصـة إذا كانفي السـاعات الأولى بعد الولادة.

ح- زيادة الإفرازات الشـمعية في الإذن مما يؤدي إلى إغلاق القناة السمعية.

خ- الأجسام الغريبة التي توضع في الأذن.

د- الحوادث والصفعات على الأذن.

ذ- إصـابة الطفل ببعض الأمراض المعدية مثل التهاب الغدة النكافية والتهاب الأذن الوسطى الحاد والمزمن.

ر- تناول العقاقير والأدوية.

ز- التعرض لفترات طويلة للضجة والضوضاء والأصوات العالية.

كما يوجد عرض لأسباب الإعاقة السمعية فيما يلي: -

أ- عوامل وراثية تؤدي إلى الصمم.

ب- الإصـابة بالزهري والتهاب أغشـية الدماغ والإصـابة بالحصـبة الألمانية.

ت- عوامـل تحـدث أثنـاء الولادة مثـل الولادة قبـل الميعـاد ونقص الأكسجين.

ث- الالتهاب السحائي والتهابات المخ التي تحدث بسبب الفيروسات.

طرق التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

يعاني الطفل الأصم عجزاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع؛ ولذلك فإنه لا يستطيع اكتساب اللغة بالطرق العادية وإنما يكون في حاجة إلي طرق أو فنيات خاصة تساعده على اكتساب اللغة والتواصل مع الآخرين ومن أهم طرق التواصل بالطفل الأصم ما يلي: -

أولاً: قراءة الشفاه:

وهي إحدى الطرق التي يمكن الاعتماد عليها في الحصول على المعلومات ويطلق عليها أيضاً قراءة الكلام وتتطلب فيها القدرة على رؤية حركة الشفاه واللسان والفك بسرعة وأن يستكمل الفرد ما لم يستطع رؤيته بوضوح بملاحظة تعبيرات الوجه والإشارات وطبيعة الموقف.

كما أنها فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمه ويطلق عليها أحيانا قراءة الكلام أو القراءة البصرية وذلك على أساس تعبيرات الوجه المختلفة وكذلك حركات المتكلم لها تأثير كبير في إدراك ما يقال.

وقراءة الكلام مهارة تعتمد على التخمين والفهم الجيد للغة، وبالرغم من أن مهارة قراءة الكلام يمكن تعلمها وتنميتها بواسطة التدريب إلا أن بعض الصم لديهم استعداد أكثر من غيرهم في مهارة قراءة الكلام وذلك بصرف النظر عن مستوى التعليم ودرجة فقدان السمع.

ثانيا: لغة الإشارة (التواصل اليدوي):

تعتمد هذه الطريقة على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات. وتعتبر لغة الإشارة بمثابة اللغة المرئية للاتصال بين الصم وهي عبارة عن نظام متطور على مستوى عال، وهو يعتمد على الرموز التي ترى ولا تسمع وتلك الرموز تم تشكيلها عن طريق تحريك الأذرع والأيدي في أوضاع مختلفة.

كما نوضح أن لغة الإشارة هي اللغة التي تستخدم بين الصم في اتصالهم المباشر فيما بينهم ويتخاطبون بها في صورة إيماءات مرئية تعتمد على استخدام الأيدي، والعين، وتعبيرات الوجه، وحركة الشفاه، والجسد وتم استقبالها بواسطة حاسة الإبصار.

وقد أشار بعض علماء التربية لوجود نوعين من الإشارات وهي: -

إشارات وصفية: -

وهي إشارات لها مدلول معين، ترتبط بأشياء حسية ملموسة في ذهن الأصم ويقوم بالتعبير عنها بالإشارة.

مثال: ذلك الإشارة التي تعبر عن مدينة القاهرة والتي ترمز إلى شكل الهرم.

إشارات غير وصفية:

وهي إشـارات ليس لها مدلول معين مرتبط بشـكل مباشـر بمعنى الكلمة التي تم التعبير عنها، وعندما تسأل الأصم عن مدلول تلك الإشارات لا تجد لديه أية إجابات شافية ولذلك لا تملك إلا أن تستخدمها كما هي.

ومن أمثلتها الإشارة التي تعبر عن كلمة (مدرسة، معلم، أسبوع، شهر، غير مهم .... الخ).

طريقة التواصل الكلي:

وتعنى هذه الطريقة استعمال كافة الوسائل الممكنة والمتاحة ودمج كافة أنظمة الاتصـــال والتخاطب اليدوية والشـــفوية والإيماءات والاشـــارات وحركات اليدين والأصـــابع والشـــفاه والقراءة والكتابة لتســـهيل الاتصـــال وتيسيره.

ويعرف التواصـل الكلي بأنه حق كل طفل أصـم في أن يتعلم باسـتخدام جميع الأشـكال الممكنة للتواصـل حتى تتاح له الفرص الكاملة لتنمية مهارة اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع.

هذا ويتضـمن أسلوب التواصـل الكلي الصـورة الكاملة للأنماط اللغوية متمثلة في الحركات التعبيرية التي يقوم بها الطفل من نفســه، لغة الإشــارة، الكلام، قراءة الشـــفاه، هجاء الأصـــابع، القراءة الكتابة، وذلك بغية تطوير قدرة الأصـــم على التواصـــل وإتاحة الفرصـــة له للتعبير بشـــكل أكبر عن حاجاته ورغباته ومشاعره بالإضافة إلى أن التواصل الكلي يساعد الأبوين على شرح وتوضيح الأشياء لطفلهما الأصم؛ مما يجعل الأصم يشعر بأنه أكثر توافقاً وانسجاماً مع البيئة.

كما يعرف الاتصال الكلي بأنه طريقة تسمح للتلاميذ الصم باستخدام كل الوسـائل المتاحة في عملية الاتصـال. مثل: لغة الإشـارة وهجاء الأصـابع، وقراءة الكلام وتعبيرات الوجه، والكتابة والرسم.

أسرة الطفل المعوق سمعياً:

تعتبر الأسـرة أول مؤسـسـة من مؤسـسـات التنشـئة الاجتماعية للطفل ولهذا تعتبر على درجة عالية من الأهمية والدلالة، ويؤثر شكل التفاعل بين الطفل وأسـرته على الكيفية التي سـوف يتعلم بها المهارات المختلفة، ونجد أن الأم هي المعلم الأول للطفل وتعتمد فـاعليـة الأم كمعلمـة للطفل على العلاقة العاطفية التي تربطها به ويعتبر دفء الأم عاملاً هاما في عملية تعليم الطفل وتنشـــئته، وتؤثر الحالة الانفعالية للأم على ســـير هذه العملية التربوية.

تتكون الأسرة من أجزاء متوافقة يجب أن تتصل معاً، وتتناسق وتساند بعضها البعض، ويساعد ميلاد أي طفل على تغيير الأسرة، وعندما يكون هذا الطفل معوق سمعياً فمن المحتمل أن تكون التغيرات أعظم وأكثر إلحاحاً، حيث تم التعرف على الإعاقة السمعية للطفل بمجموعة من الانفعالات ومبادرة الاتصالات المستمرة بالمتخصصين، وقد تواجه الأسر صعوبات في اكتساب الخدمات ومناقشة الهموم المالية ووضع الخطط التي قد تم اعتقادها سابقاً.

فإن ولادة طفل معوق سمعياً في الأسرة تعمل على تغيير في ديناميتها حيث تفرض هذه الإعاقة السمعية كثيراً من المشكلات المعقدة عند الوالدين التي تحتاج إلى مزيد من الفكر والرعاية ولكي تعيش الأسرة متوافقة مع هذه الإعاقة فنجدها تبحث عن طرق التواصل مع طفلها والمساندات الطبية وغيرها.

فالأسرة هي بناء حقيقي لشخصية طفلها فمن خلال الأسرة ينتج السواء أو عدمه لدى الأبناء فبعض الأسر تستخدم التشجيع وتقبل الآراء، والتسامح وبعض الأسر الأخرى تستخدم التشدد أو التسيب، أو الرفض، أو التملك، والبعض الثالث من الأسر قد يستخدم خليط من هذه الأساليب لذا نجد أن العلاقات مختلفة في الأسر وفقاً لأنماط التفاعل المستخدم لديها.

ولذلك نجد للأسرة دور كبير في النمو النفسي لطفلها وتطوره الاجتماعي والأكاديمي، وبالمقابل لا يمكن انكسار أثر الطفل على أسرته وخاصة عندما يكون هذا الطفل غير عادي ويتوقف هذا التأثير على عدة عوامل منها: طبيعة الإعاقة، ومنها ما يتعلق بعوامل ثقافية، واجتماعية، وكذلك عوامل ترتبط بعمر الطفل وجنسه.

ونجد أن الأسرة التي بها طفل معوق تواجه صعوبات خاصة تنجم عن إعاقة طفلها فنجدها تبحث عن الخدمات التربوية وغير التربوية لطفلها في مجتمع تسوده الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة والمعوقين فالإعاقة في المجتمعات الإنسانية شيء غير مرغوب فيه وهي تقود عادة إلى شعور بالحرج والألم والارتباك وما إلى ذلك من الاستجابات الانفعالية غير التكيفية.

لذا تعتبر إعاقة الطفل الأصم إعاقة لأسرته مهما كانت درجة الإعاقة حيث تؤدى هذه الإعاقة العديد من المشكلات مثل الشعور بالعزلة، وانخفاض مستوى التواصل بين الأصم وأفراد أسرته، وعدم توافر الفرص الملائمة لممارسة حل المشكلات.

وتواجه أسر المعوقين الكثير من المشكلات والأزمات الزوجية، وزيادة العدوانية والاكتئاب، والشعور بالذنب، والقلق والتوتر، والصعوبات المادية، والعزلة، وعن الناس، وهناك بعض الدراسات التي تؤكد أن الأسر التي لديها طفل معوق تميل عادة إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقتها بغيرها من الأسر لاعتقادها بأن الأسر تتحدث عنها في مجالسها الخاصة.

وهناك العديد من الدراسات التي تشير إلى أن الأسر التي لديها طفل معوق تميل عادة إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقتها بغيرها من الأسر لاعتقادها أن الأسر الأخرى تتحدث عنها في مجالس خاصة.

كما توجد هناك دراسات هدفت إلى التعرف على المشكلات التي تواجه الأسرة وتحول دون إدماج الطفل الأصم، والتعرف على المشكلات المستقبلية للتغلب على المشكلات من وجهة نظر الوالدين، والتعرف على وجهة نظر الآباء ووجهة نظر الأمهات في تلك المشكلات والتطلعات المستقبلية ومدى اتفاقها ومدى اختلافها. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك مشكلات بارزة تواجه الأسرة وهي حسب ترتيبها وأهميتها كما يلي:

- الاستخفاف بنمو الطفل الأصم.

- اضطرابات مواقف التواصل مع الطفل الأصم.

- الحالة النفسية الانفعالية التي تعيشها الأسرة عند إصابة الطفل بالصمم.

- سلوك واتجاهات بعض الأفراد السلبية تجاه الطفل الأصم.

- مستوى الخدمات المقدمة من مؤسسات المجتمع لمساعدة الأسرة.

- وعي الأسرة بمشكلة الصمم وآثاره.

- طبيعة وخصائص الطفل الأصم وصعوبة التعامل معها.

- تأثير تجمعات الصم الكبار ومجتمع الصم على سلوك ووجهات الطفل الأصم بما يضعف تأثير الأسرة عليه.

وكانت هناك فروق ذات دلاله في معظم هذه المشكلات بين وجهة نظر الآباء والأمهات، حيث كانت درجة المشكلات أعلى عند الآباء منه عند الأمهات. وتختلف وجهة نظر الآباء في حلول هذه المشكلات إلى أن آباء الأطفال المعوقين لديهم معدلات انتحار وطلاق أعلى من الأسر التي ليس أطفال معوقين. ومن المشكلات التي تواجهها أسرة المعوق هي تزايد الأعباء المالية للأسرة والعزلة والتعب والإرهاق المزمن والمشكلات الانفعالية.

ودراسات أشارت إلى أن معدلات الطلاق بين أباء وأمهات الأطفال المعوقين أعلى من المعدلات العامة للطلاق.

وأشارت بعض الدراسات أيضاً إلى أن وجود الإعاقة في معظم الأسر تؤدى إلى تأثيرات سلبية على الآباء والأخوة وبقية أفراد العائلة وخاصة في مجالات الزواج والسعادة الزوجية كما أشارت إلى أن نوع الإعاقة يحدد إلى درجة ما شدة التأثيرات السلبية على الأسرة أو العلاقات بين أفرادها.

كما تنتاب الأسرة منذ معرفتها بأن طفلها معوق سلسلة من ردود الأفعال كالشعور بالصدمة والحزن والغضب والإحباط والخوف، العزلة، القلق، فقدان الثقة بالنفس ومشاعر رفض الطفل والخوف الشديد من المستقبل،العار، بالإضافة إلى التوتر، والتعب من جراء العمل اليومي الإضافي.

ودراسات توصلت إلى أن مستوى الضغوط النفسية التي يتعرض لها آباء وأمهات الأطفال المعوقين سمعياً الأصغر سنا كان أكبر من مستوى الضغوط التي يتعرض لها آباء وأمهات الأطفال المعوقين سمعياً الأكبر سنا.

ومن الأعراض الانفعالية التي يمكن أن تظهر لدى أفراد الأسر التي يكون بينها طفل معوق وهيالاكتئاب، الغضب والشعور بالذنب والقلق.

لذلك نجد تأثر جميع أعضاء الأسرة بوجود طفل معوق وينبغي على الأم والأب والأخوة أن يتعلموا أن يوجهوا ضغوط الحياة والعيش مع طفلهم حيث أن وجود الطفل المعوق يجهد قدرة الأسرة علي الأداء وينبغي على الأسرة أن تواجه وتتعامل مع مراحل حيوية وحاسمة في حياة الطفل هي: عند الميلاد وإدراك الآباء لوجود عجز لدى طفلهم، وحين يشخص العجز أول مره ويبدأ العلاج، ثم إدراك الوالدين عن عجز طفلهم وذلك حينما يوضع في برامج خاصة بإعاقته، ثم يتم القبول من قبل الوالدين لطفلهم في مرحلة المراهقة وإعداد الخطط لمستقبله ثم تبدأ مرحلة قلق الوالدين على مستقبل ابنهم عندما يبلغ الرشد .

وأكدت الدراسات على قلق الوالدين وخاصة الأمهات اللاتي لديهن أطفال معوقين سمعياً وإصابتهن بضغط انفعالي بعد الولادة عندما تم عمل اختبار السمع على أطفالهم.

يشعر آباء الأطفال المعوقين سمعياً بالغضب الشديد والحزن العميق بالإضافة إلي الإحساس بالذنب المرتبط بفقدان طفلهم للسمع وتدمير أحلامهم عن طفلهم وبالتالي فإن هؤلاء الآباء يكونوا أكثر عرضه للاستجابة بشكل سلبي للضغوط نتيجة للاكتئاب والقلق.

كما وجدت بعض الدراسات التي تؤكد على أن هناك أسر حققت توافقاً ناجحاً مع وجود طفل معوق وذلك يرجع لنوعية العلاقة بين الزوج والزوجة التي كانت عاملا فعالا ومؤثرا في مساعدة الأسرة على مواجهة الضغط والأعصاب، كما أن هناك خاصيتان توجد في الأم المتوافقة وهما ثقة الأم بنفسها ومجموعة من القيم المساندة كالمعتقدات الدينية القوية.

***

علاقة الأم بطفلها ذي الإعاقة السمعية:

تتحمل الأم العبء الأكبر في تربية الطفل المعوق لكونها أما في المقام الأول ولأنه يكون لديها شعور باطني بأنها لم تستطع أن تمنح طفلها حياة طبيعية وهذا الشعور يسبب لها إحساساً بالذنب لا يفارقها وهذا الشعور بالذنب كثيراً ما يتسبب في نشوء علاقة مضطربة بين الأم وطفلها.

تنظر الأم إلى ميلاد الطفل على أنه نتاج عمل وعلى أنه هدية أعدتها لزوجها-أي على أنه شيء قامت بعمله-فهو إذا نوع من الإنجاز الذاتي. إلا أن قدوم طفل ذي إعاقة يعكس درجة الملائمة الشخصية للأم ومن ثم فإن الشعور بالإنجاز قد يعبر عنه بكلمات مثل (أنظروا ماذا أنتجت) وعندما تواجه بحقيقة أن الطفل عاجز يتحول هذا التعبير إلي تعبير عكسي مؤداه «لقد فشلت فيما أنتجت» أي أن قيمة الهدية أو الهبة انخفضت وقد تتحطم بميلاد هذا الطفل.

ويمكن أن تتطور علاقة الأم بالطفل علي نحو اعتيادي وأن تستمر هكذا إذا كانت غير مدركه لمشكلة الطفل، أما في حالة معرفة الأم بحقيقة المشكلة عند الولادة ستشعر أنها أصيبت في صميم وجدانها وعادة ما يكون رد الفعل الأولى الصدمة والشعور بالقلق، لأن الإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله في وضع لا يمكنه من الإحساس بالمؤثرات التي تصدرها الأم وإدراكها؛ مما ينعكس سلباً على التفاعل القائم بين الأمهات وأطفالهن وقد تتمكن بعض الأمهات من تجاوز الأزمة ويظهر ذلك في سلوك الأمومة نحو أطفالهن المعوقين بشكل مقبول

وتؤكد بعض الدراسات التي اهتمت بالتعرف على كيفية تفاعل الأم مع طفلها الأصم ومدى طاعة طفلها لها وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير للأمهات علي أطفالهن الصم أثناء اللعب وفي وقت الدراسة، كما أن الأطفال الصم أظهروا طاعة أقل لأمهاتهم من طاعة الأطفال العاديين لأمهاتهم، ووجود تباين واضح بين استجابة كل من أمهات الأطفال الصم وأمهات الأطفال العاديين لطلبات أبنائهن لصالح أمهات الأطفال العاديين حيث أن أمهات الأطفال العاديين يستجبن بصورة أفضل لطلبات أبنائهن من أمهات الأطفال الصم.

فالأم هي أكثر أعضاء الشق الأسري حرصا على الطفل وقلقا على حالته وتلعب دور الميسر لإشباع حاجات الطفل اليومية في ظل انشغال الأب بأعباء الحياة المادية. لذلك فهي تلعب دورا بالغاً في حياة طفلها ويزداد هذا الدور أهمية في حياة طفلها ذي الإعاقة السمعية.

وأمهات الأطفال المعوقين سمعياً يواجهن مستويات عالية من الضغط النفسي والقلق مقارنة بأمهات الأطفال السامعين كما لا توجد فروق هامة بين الأطفال الصم والأطفال الذين يسمعون من حيث نوعية الارتباط بالأمهات وأن الدعم الاجتماعي يؤثر إيجابياً على نوعية تواصل الأمهات مع أطفالهن الصم ولذلك فلا بد من توجيه أمهات أطفال الصم لاختيار طرق التواصل مع أطفالهن.

ويؤكد ذلك دراسات هدفت إلى فحص تفاعل الأمهات وأطفالهن الصم بعد تدريبهن على طرق التواصل ومقارنتهن بتفاعل الأمهات وأطفالهن الذين يسمعون وقد تم اشتراك الأمهات في برنامج تعليمي يساعد الأمهات على فهم صمم أبنائهن وتدريبهن على لغة الإشارة والشفاه. كما استخدمت الدراسة الأدوات الآتية: أداة الفيديو لتصوير تفاعلات الأمهات مع أطفالهن أثناء اللعب. والبرنامج التعليمي للأمهات، وتوصلت الدراسات إلى أن أمهات الأطفال الصم كن أكثر استمرارية في التفاعل مع أطفالهن عن أمهات الأطفال الذين يسمعون. وأن الأطفال الصم أقل نشاطاً في التفاعل مع أمهاتهن اللاتي تسمعن بالمقارنة بالأطفال عادي السمع.

ودراسات أخرى سعت إلى توضيح نماذج تواصل الأمهات وارتباطهن بتوافق الطفل ونمو اللغة لديه. واستخدمت الدراسة أداة الفيديو لتسجيل تفاعلات الأمهات مع أطفالهن أثناء مواقف اللعب الحر. وملاحظة الأمهات وتقديرهن في أبعاد محددة القبول مقابل الرفض. ومقياس المدح اللفظي وعدم الرضا والقلق. وأوضحت الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطيه بين قلق وعدم رضا الأم عن تقدم طفلها في المدرسة وعدوانية الطفل. كما توجد علاقة ارتباطيه بين مدح الأمهات غير اللفظي ونمو لغة الأطفال حيث يتقدم الأطفال في اللغة.

تزداد رعاية الأم للطفل تعقداً إذا كان الطفل معوقاً حيث تزيد من اعتماد الطفل على الأم وتضاعف من مسئوليتها فحين تكون الأم عامله أو حتى تنقصها مهارات التوظيف حيث تمثل إعاقة الطفل لها أعباءً هائلة فيكون لها عبء اقتصادي خانق لاستنزاف جزء من الراتب، وبذلك تحتاج الأم لمساعدة زوجها وصديقاتها وجيرانها وحتى مساندة الأسرة الممتدة وبدون هذه المساندة تنهك هذه الأم في القلق والضغط والعصابية بسبب الإعاقة بجانب الأعمال المنزلية والواجبات والمسئوليات الملقاة على عاتقها التي بسببها تؤجل طموحاتها المهنية وربما لا تسعى إلى تحقيقها .

وتؤكد ذلك دراسات هدفت إلى دراسة الاضطرابات العصابية لدى المرأة العاملة كذلك الكشف عن بعض الجوانب الاجتماعية التي قد تسهم في صراع الأدوار لدى المرأة العاملة والبحث في العلاقة بين صراع الأدوار وبعض المتغيرات النفسية ذات الأهمية متمثلة في سوء التوافق وما يرتبط بهما من التعرض للاضطرابات العصابية (القلق- الاكتئاب).وكان من نتائج الدراسة إلى:- توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات مجموعة الأمهات العاملات طول الوقت ومتوسط درجات مجموعة الأمهات العاملات بعض الوقت على مقياس صراع الأدوار لصالح المجموعة الأولى.

- يوجد ارتباط موجب دال بين درجات الأمهات العاملات على مقياس صراع الأدوار ودرجاتهن على مقياس سوء التوافق.

- يوجد ارتباط موجب دال بين درجات الأمهات العاملات على مقياس صراع الأدوار، ودرجاتهن على مقياس الاكتئاب العصابي.

وبالتالي فمن الضـــروري مســـاعدة الأم على تجاوز حالة الاكتئاب والإحباط التي تعاني منها نتيجة شعورها بالذنب.

علاقة الأب بطفله ذي الإعاقة السمعية:

يشعر الأب بالإحساس بالذنب تجاه طفله ولكنه بدرجة أقل من إحساس الأم وذلك لأن علاقته بالطفل الصـــغير عموما تبدأ في مرحلة متأخرة أي بعد ما يكبر الطفل ولكن تفكيره يظل دائما فيه الخوف على مســـتقبل طفله وكيفية مساعدته على تحقيق مستقبل أفضل له.

يشـــعر الآباء أن أطفالهم امتداد لذواتهم يحققون بهم ما لم يحققوا هم فيتوقعون بأطفالهم النجاحات تلو الأخرى إلا أن هذه التوقعات تمثل عبء وخيبه عندما يعلموا بعجز أبناءهم وأحيانا يتســـبب ذلك في ارتفاع معدلات الطلاق بين الأســـر التي لديها أطفال ذوي احتياجات خاصـــة، كما يصـــعب تقبل الآباء لعجز أبناءهم في حالة أن كان الابن المعوق هو الأكبر أو ابن جنسه ذكرا كما أن الآباء أكثر من الأمهات في الاهتمام بمشكلاته المستقبلية كالتعليم والحياة بعد المدرسة وما مصير الطفل بعد موت الوالدين ، وللأب دور جوهري في تحديد كيفية تعامل الأســـرة للطفل المعوق ومواجهة هذا الضغط الذي يقع عليها .

علاقة الأخوة بالطفل المعوق سمعياً:

يتأثر كلاً من الأخوة والأخوات بوجود أخ معوق لهم وذلك بما يفرض عليهم من الأعباء في كيفية التواصـــل مع أخيهم المعوق كما أن بعض الأخوة الكبار تفرض عليهم الرعاية لأخيهم المعوق وتحمل المســـئولية ويقوموا بهذه الرعاية في غضب واستياء، بالإضافة إلى شعورهم بالإهمال من جانب الوالدين الناتج من القلق والعصـــابية للوالدين كرد فعل للإعاقة السمعية.

كما أن وجود الطفل المعوق سمعياً في الأسرة يؤثر على علاقة الوالدين بالأخوة فقد ينشـغل الوالدين باحتياجات ومشـكلات الطفل الأصـم وإهمال الأخوة الآخرين؛ مما يؤدي إلى إحســـاســـهم بالغيرة من أخيهم المعوق وقد يزداد ضغط الآباء على الأخوة العاديين لكي يصبحوا أكثر نجاحا لتعويض ما فقدهم في أخيهم المعوق مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بين الأخوات.

ينشغل تفكير آباء الأطفال المعوقين سمعياً بالنتائج طويلة المدى لأبنائهم بالآباء أكثر قلقا على الوضـــع الاجتماعي والنجاح المهني لآبائهم، وأثبتت بعض الدراسات أن الأب يرى الصمم على أنه نقصا في قدرة الأصم ليكافح بنجاح في الحصـــول على عمل واســـتقرار لذلك فهو يفكر كيف يمكن لابنه أن يعمل كرجل على مسئوليات معقدة.

ولذلك نجد أن المعوق يؤثر على إخوته فيقوم إخوته الأكبر سـنا بتحمل المسئولية كباقي أعضاء الأسرة في رعايته أما إخوته الأصغر فيسبب لهم السـخرية من الأصـدقاء كما أنهم معرضـون لمشـكلات فاعلية وسـلوكية متنوعة، ويتمثل أثر المعوق على أسرته فيما يلي: -

- **تغير أنماط الأسـرة:** تتغير أنشـطة الأسـرة لتلاءم حاجات الطفل المعوق.

- **تنافس الأخوة على الاهتمام للوالدين:** يهتم الآباء بالطفل المعوق مما يحدث غيظا واستياء لإخوته العاديين.

- **عدم فهم الإخوة طبيعة إعاقة أخيهم:** يعتبر بعض الإخوة أنهم مسـئولون عن أخيهم المعوق، وقد يتعرض الإخوة لسـخرية زملائهم بالمدرسة نتيجة إعاقة أخيهم.

- **قيام الإخوة بواجبات الوالد البديل:** يقوم الإخوة بدور الآباء في حال غيابهم في العمل أو لأسباب أخرى.

- **شعور الإخوة بالالتزام بالتفوق لتعويض الأسـرة عن إعاقة أخيهم:** يشـعر الآباء بخيبة أمل بوجود إعاقة لابنهم الذي كانوا يتوقعون منه ومعه نجاحات. لذلك يشـعر إخوة المعوق بالالتزام بالتفوق لتعويض الأسـرة عما أصابها.

- **زيادة الاهتمام بالمعوق عبر الزمن:** يجد الأطفال-إخوةالمعوق- صعوبة في التعامل مع مشاعر الإهمال من الوالدين نتيجة للضغوط والقلق والعصـابية الناتجة من الإعاقة ويختلط عليهم الأمر إزاء ردود أفعال والديهم.

كما أكدت بعض الدراسـات على أن الإعاقة تؤثر سـلبا على النمو الاجتماعي لإخوة المعوقين حيث تفرض قيود متعددة على مجرى حياتهم وتوجد لديهم مشـكلات مختلفة تدفعهم إلى تجنب بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وتسـبب الخلافات مع الوالدين وبهذا فإن الإعاقة تؤثر سـلبا على تكيف الإخوة في المجتمع وخاصـة المدرسـة التي يدرسون بها خوفا من أن يكون لديهم في المسـتقبل طفل معوق وتؤثر علاقة الوالدين بالطفل المعوق على علاقة الإخوة والأخوات بهذا الطفل سواء كانت هذه العلاقة إيجابية أو سلبية فالآباء مرآه لأبنائهم.

ودراسـات أخرى أشـارت إلى أن الإعاقة تؤثر سـلبا على نمو أخوة المعوقين حيث تفرض قيوداً متعددة على مجرى حياتهم وتولد لديهم مشـكلات مختلفة وتدفعهم إلى تجنب بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وتسبب الخلافات مع الوالدين.

كما تشـير بعض الدراسـات إلى وجود أثار سـلبية على تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع وخاصـة في المدرسـة أو الكلية التي يدرسـون بها خوفاً من أن يكون لديهم في المستقبل طفل معوق.

كما أن إخوة الطفل المعوق سمعياً عادة ما يكتسبون اتجاهات نحو أخيهم المعوق سـمعياً من اتجاه الوالدين نحوه أي أن الإخوة يحاكون آباءهم في تفاعلهم مع الطفل المعوق الأمر الذي يؤكد على دور الوالدين في مساعدة إخوة الطفل المعوق على تقبل إعاقة أخيهم وأن إعاقة أخيهم ليست سوى عجز في أحد الحواس الذي يمكن تعويضه بحواسه الأخرى.

مما سبق يمكن إستنتاج الآتي: يؤثر وجود طفل معوق سمعياً في الأسرة سلباً على تكيف الإخوة في المجتمع وعلى علاقتهم الاجتماعية بالآخرين. كما يترتب على وجود طفل معوق سمعياً في الأسرة ردود فعل سالبة للوالدين تتمثل في الخوف والقلق على مستقبل الطفل بالإضافة إلى الضغوط التي تفرضها الإعاقة على الوالدين وبالتالي فوجود طفل معوق سمعياً في الأسرة يمثل قلق وعصابية للأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة.

ويمكن التغلب على هذه المشاعر (القلق والعصابية) لأم الطفل المعوق سمعياً من خلال مساعدتها على تبني بعد استراتيجيات التعايش والتوافق مع إعاقة الطفل بهدف تقبله كما هو بغض النظر عن إعاقته ومعاملته مثل أقرأنه العاديين في الأسرة وتبصير الأمهات في الهيئات المتخصصة التي تقدم خدمات تعليمية أو طبية أو تأهيلية لطفلها وتشجعها على إقامة علاقات اجتماعية مع طفلها في ضوء قدرته وإمكاناته وكذلك تعديل بعض الاتجاهات والتوقعات السلبية للأم نحو طفلها المعوق سمعياً.

ومن هنا نجد أن أسرة الطفل المعوق سمعياً تعاني من قلق نفسي ناتج عن حيرتهم وتخوفهم على مستقبل أبنائهم الدراسي والمهني إضافة إلى شعور بعضهم بالغربة وعدم الانتماء للطفل وذلك بسبب الافتقار إلى وسيلة الاتصال المشتركة بينهم، وبذلك فإن دور الإرشاد النفسي يعمل على إعداد هذه الأسر لتقبل الحقيقة والخلاص بالتدريج من الضيق والتوتر والقلق ويصبح هؤلاء قادرين على مساعدة ابنهم على أكمل وجه.

الفصل الثالث
الإعاقة العقلية

مقدمة:

تعتبر فئة المعوقين عقلياً من فئات المعوقين التي تحتاج إلى برامج تدريبية موجهة، تهدف إلى تأهيلهم للحياة بشكل مقبول اجتماعيا، وإذا كان المعوقون عقلياً يتصفون في المقام الأول-بعد انخفاض مستوى ذكاؤهم – بنقص قدراتهم على التوافق والتكيف للحياة الاجتماعية، فإن التدريب من خلال برنامج قائم على التأهيل المهني يساعدهم على الاندماج مع الآخرين وحسن التفاعل معهم، والتعاونمعهم، والاحساس بالثقة والمسئولية كما يساعد على توافقهم النفسي والاجتماعي.

وهناك أربعة محاور رئيسة، تتناول الإعاقة العقلية منحيث: مفهومها، وتصنيفها، أسبابها وأخيراً خصائص المعوقين عقلياً.

فقد نالت مشكلة الاعاقة العقلية اهتماماً كبيراً لدى كثير من المجتمعات سواء المتقدمة أو النامية كل حسب امكانياته باعتبار أن المعوقين عقلياً هم فئة تحتاج إلى رعاية خاصة وإعداد برامج بهدف إدماجهم وتفاعلهم في المجتمع الذي يعيشون فيه ليعتمدوا على أنفسهم بصورة إيجابية. ولذا أهتم العلماء بتعريف المعوقين عقلياً وسرد خصائصهم وكيفية رعايتهم وإعداد البرامج لهم.

مفهوم الإعاقة العقلية:

للإعاقة العقلية تعريفات متعددة فتختلف في بعضها وتتفق في البعض الآخر وذلك من حيث منظور صاحب التعريف فهناك منظور طبي، وهناك منظور تربوي، وما إلى ذلك، ونقدم عرضاً لهذه التعريفات.

- عرفت منظمة الصحة العالميةالإعاقة العقلية بأنها هي حالة من توقف أو عدم اكتمال في نمو العقل والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مرحلة النمو، والتي تساهم في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية،اللغوية، الحركية، الاجتماعية ويمكن أن تحدث الإعاقة مصحوبة أو غير مصحوبة باختلال عقلي أو بدني.

ويشير تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في **American Asociation of Mental Retardation**والذي استخدمه **(DSM-IV)** كمحك تشخيص للإعاقة العقلية إلى أن الإعاقة العقلية تحدث متزامنة مع سوء التكيف في اثنتين أو أكثر من المهارات الآتية:التواصل، حماية النفس، المعيشة المنزلية المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية وقضاء وقت الفراغ بالإضافة الي مجال العمل ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشر.

وتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي **American Association of Mental Retardation** هو أن الإعاقة العقلية تمثل عدداً من جوانب القصــور في أداء الفرد والتي تظهر دون ســن ١٨ عاما وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر الســلوك التكيفي في مهارات التواصـــل اللغوي، العناية بالذات، والحياة اليومية، الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة الأكاديمية، أوقات الفراغ والعمل.

ويعرف الطفل المعوق عقلياً بأنه هو ذلك الطفل الذي لا يســتطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفي نفس العمر الزمني وتقع نسبة ذكائه بين (٥٠ – ٧٠) درجة ذكاء.

وتعرف أيضـــاً الإعاقة العقلية بأنها حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي، وتظهر قبل ســن الثانية عشــر من العمر ويتوقف العقل فيها عن النمو قبل اكتماله وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معاً ويستدل عليها من انخفاض مســتوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوســط في المجتمع ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنها.

وتعريف الإعاقة العقلية البســيطة بأنها مســتوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يؤخر الطفل بما يعادل (٢-٥) مستويات عن أقرانه العاديين، وخاصة فيما يتعلق بالموضــوعات ذات الجانب اللغوي، وأصــحابها يظهرون عادة مشكلات خاصة في الخصائص الاجتماعية والشخصية، ويرتكز قياسهم على النمو العقلي للطفل والسلوك التكيفي.

و قد اتفق البعض في تعريف الا عاقة العقلية بأنها انخفاض الأداء الوظيفي العقلي للفرد نتيجة تأخر نموه العقلي أو توقفه وعدم اكتماله، وأن هذا الانخفاض يتلازم مع قصور في سلوكه التكيفي أثناء السنوات الثمانية التكوينية منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشرة.

وقد عرفت منظمة الصــحة العالمية والجمعية الامريكية للتخلف العقلي **(AAMR,2002)** الاعاقة العقلية بأنها قصـــور واضـــح في الأداء العقلي والسلوك التكيفي والذي يظهر في المهارات الادراكية ،الاجتماعية التكيفية العملية وينشأ قبل ١٨ عام.

وعرف الطفل المعوق عقلياً أيضـــاً هو ذلك الطفل ذو القدرات العقلية البســيطة والذي يتميز بمعدل منخفض في الوظائف العقلية عموماً، هذا بجانب عدم التكيف والتوافق في الســلوكيات المختلفة والتي بدورها تؤثر على مراحل النمو الحسي والحركي واللغة والكلام والتواصل .

وعرف الفرد المعوق عقلياً بأنه هو فرد يعاني نتيجة عوامل وراثية خلقية أو بيئية عكســية من قصـــور جســـمي أو عقلي يترتب عليه آثار اقتصـــادية أو اجتماعية أو ذاتية تحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشــطة الفكرية أو الجســمية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح.

وهذا يتفق مع ما أشار إليه من أن المعوق عقلياً يتسم بأن مستوى تكيفه الاجتماعي لا يتناسب مع قدراته العقلية، ولا يتوافق مع مستوى عمره الزمنى، فعلى سبيل المثال، قد يكون عمر الطفل الزمنى عشر سنوات، ولكن سلوكه وتصرفاته وقدراته العقلية، تكون على مستوى سلوك وتصرفات وقدرات طفل في السنة الرابعة من العمر.

ويعرف الطفل المعوق عقلياً بأنه الطفل الذييعاني من انخفاض في الأداء العقلي العام يعنى معامل الذكاء، ويقل بمقدار انحرافين معيارين عن المتوسط درجة ذكاء تقل عن (٧٠) على اختبار وكسلر لذكاء الأطفال و(٦٨) على اختبار ستانفورد – بينيه للذكاء، بينما الانخفاض في السلوك التكيفي فيقصد به عدم فاعلية الطفل من حيث الأداء الشخصي المستقل وتحمل المسؤولية مقارنة بمن هم في عمره الزمنى ومجموعته الثقافية.

كما أن ذوي الإعاقة العقلية غيرقادرين على التعلم؛ لأن لديهم صعوبة في التعلم، أو لأنهم يتعلمون ببطء، وفي الغالب يكون عند هؤلاء عيب أو اثنان في مهارات التعلم؛ ولكن ليس لديهم عجز تام، ويمكنهم التعلم بقدر معين، ويكونون فقط متأخرين بحوالي سنتين عن نظائرهم أو أكثر، ولهذه الأسباب لايمكنهم التوافق.

ويعرف التخلف العقلي بأنه حالة من العجز أو القصور أو الضعف في النمو العقلي للإنسان بدرجة تؤثر بالسلب على أدائه لوظائفه العقلية والفكرية، وهذا بدوره يؤدي إلى وجود صعوبات له في النمو والفهم والتعلم والتكيف الاجتماعي مع الآخرين، بما لا يتيح له العيش مستقلا دون حاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم.

ويذكر بأن الاعاقة العقلية تشير إلى جوانب ملموسة في الاداء الوظيفي الحالي للفرد، والتي تظهر دون سن ١٨، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء، يصاحبها قصور واضح في اثنين او أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل المهارات الاجتماعية والصحية والتوجيه الذاتي والمهارات الاكاديمية ومهارات العمل.

والاعاقة العقلية هي التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء العام، ويصاحبها قصور واضح في اثنين او أكثر من مظاهر السلوك التكيفي.

وعرفت الإعاقة العقلية بأنها حالة من الانخفاض العام في الاداء الوظيفي للقدرات العقلية يصاحبه قصور في مهارات السلوك التكيفي، ويتم تحديد درجة التخلف باستخدام مقاييس الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي.

وهي أيضاً تشير إلي التدني عن المتوسط في الوظيفة العقلية العامة الناتجة أو مرتبطة بالإعاقة في السلوك التكيفي والتي تظهر أثناء المرحلة النمائية.

ويرى البعض الإعاقة العقلية بأنها انخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العامة، إذا قلت درجة الذكاء عن ٧٠ درجة، وعجز في السلوك التكيفي، وعدم القدرة على الاداء المستقل أو تحمل المسئولية المتوقعة ممن هم في نفس العمر في المجموعة الثقافية.

واشارت الجمعية الامريكية للتخلف العقلي **American Association of Mental Retardation,)**) أن الاعاقة العقلية حالة من القصور في الاداء العقلي العام بمعدل مستوي أداء عقلي يقل عن المتوسط بانحرافين معيارين على منحنى التوزيع الاعتدالي ويقاس ذلك من خلال مقاييس الذكاء المعتمدة والمقننة كما أكدت أيضا على اقتران هذا القصور العقلي بقصور أخر ملموساً، يظهر فترة النمو في السلوك التكيفي **Adaptive Behavior** ، ويتمثل في الفشل في تحقيق معايير الاستقلالية والمسئولية الاجتماعية في مجالين أو أكثر من المهارات التكيفية التالي عرضها :

التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهاراتالاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحةوالسلامة، المهارات الاكاديمية الوظيفية، وقتالفراغ، مهارات العمل، ويكون هذا القصور مقارنة مع من هم من نفس الفئة العمرية في إطار الثقافة الخاصة التي ينتمي إليها الفرد ويظهر التخلف من الميلاد وحتى سن ١٨ سنة.

ومن هنا نجد أن بعض التعريفات تعتمد على مدى القصور في القدرة التحصيلية والقدرة على التعلم والتدريب خلال سنوات الدراسة ودرجة استعداد المعوقين للوفاء بالمتطلبات التربوية والتعليمية واستعدادهم للتعلم والتدريب على مهارات معينة.

ونوضح أن هذه التعريفات ركزت على ضعف قدرة المعوق عقلياً على التحصيل وعلى التربية مقارنة بالعاديين من نفس عمره الزمني، وعلى الرغم من أهمية هذا المعيار في تشخيص التخلف العقلي إلا أنه يجب عدم الاعتماد عليه وحده حتى لا تسمح بدخول فئات أخرى مع المتخلفين عقلياً لديها ضعف واضح في عملية التعلم والتحصيل كصعوبات التعلم أو التأخر الدراسي.

كما تعتمد تعريفات أخرى على وصف سلوك المعوق عقلياً في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في وظائف الجهاز العصبي المركزي أو المتصلة بالأداء العقلي بطريقة أو بأخرى بحيث تكون الإصابة ذات درجة واضحة التأثير على ذكاء الفرد.

وجاء في معظم التعريفات اتفاقاً حول إدماج السلوك التوافقي في تعريف التخلف العقلي، وذلك بعد تعديل تعريف التخلف العقلي إلي انخفاض كبير في الأداء العقلي بشكل عام يؤثر علي النمو ويرتبط بإعاقة السلوك التوافقي، بينما كان التعريف الغير معدل يصف الافراد المعوقين عقلياً علىٍ اساس الانخفاض في درجات الذكاء فقط ، ويعد هذا أول تعريف للتخلف العقلي يشتمل علي السلوك التوافقي ثم جاءت بعد ذلك كل التعريفات لتشتمل علي السلوك التوافقي، حيث عرف التخلف العقلي بأنه انخفاض دال في الأداء العقلي العام مصحوب بقصور في السلوك التوافقي ويظهر في مراحل النمو .

ويؤكد البعض إلى أن الإعاقة العقلية تكون سبباً في وجود سلوك توافقي سيء لدى المعوق عقلياً وتعوقه عن اكتساب عادات سلوكية سليمة تساعده على التكيف مع البيئة بدون وضع برامج خاصة لذلك، كما أنها يستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذى يصاحبها أو ينتج عنها. ولذا أشار إلى أن هؤلاء المعوقين في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية والتأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراتهم رغم قصورها حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع .

أسباب الإعاقة العقلية:

هناك أسباب عديدة للإعاقة العقلية ويرجع ذلك إلي أن لها أصولاً متعددة الأبعاد فهي تجمع بين عوامل بيولوجية طبية وأخرى بيئية إلا أن العنصر الوراثي قد حظي بأكبر قدر من الدراسة،ولا شك في أن معرفة هذه العوامل يساعد على تحديد إجراءات الوقاية من هذه الاعاقة لمنع حدوثها أو التقليل منها.

ويمكن تقسيم العوامل والأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية إلى ثلاث مجموعات هي:

- المجموعة الأولي عوامل قبل الولادة: وهي التي تؤثر على الجنين قبل ولادته خلال أشهر الحمل، وفيها تنشأ الإعاقة العقلية.
- المجموعة الثانية عوامل أثناء الولادة: وهي التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدى إلى إعاقة عقلية
- المجموعة الثالثة عوامل بعد الولادة وهي العوامل التي تؤثر علي الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة مما يؤدى إلى وجود إعاقة عقلية لديه. ويمكن تفصيل ذلك فيما يلى:

المجموعة الأولي: عوامل ما قبل الولادة:

قد تنشأ الإعاقة العقلية نتيجة لعوامل تؤثر علي الطفل قبل ولادته وهذه العوامل متعددة منها ما هو وراثي حيث تورث الإعاقة عن طريق جينات معينة ومنها ما هو ليس وراثي عن طريق الجينات وإنما عن طريق بعض الاضطرابات في الحمل.

ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى قسمين رئيسين هما:

١- عوامل وراثية (جينية):

تلعب الأمراض الوراثية دوراً خطيراً في إحداث إعاقة مرضية مستمرة ومزمنة حيث أن معظم التشوهات الخلقية أسبابها وراثية، ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات. المحمولة على الكروموسومات ففي الخلية الواحدة الخصبة يوجد (٤٦) كروموسوما. نتيجة التحام حيوان منوي يحمل (٢٣) كروموسوم، وبويضة تحمل (٢٣) كروموسوم.

ولذلك يكون الجنين وراثياً نصفه من الأب ونصفه الأخر من الأم، والعوامل الوراثية اما أن تكون مباشرة كزيادة عدد الكروموسومات أو عوامل غير مباشرة كحالات العيوب التكوينية، واختلاف العامل الريزيسي **R.H**، وايضاً منها الاضطرابات في عملية الأيض، وهناك حالات إكلينيكية تم اكتشافها مؤخراً قد تحدث نتيجة تغيرات مرضية تلقائية تطرأ في الموروثات التي تحملها الكروموسومات، اثناء انقسام الخلايا.

٢-العوامل غير الوراثية (غير الجينية)

ويطلق البعض على هذه المجموعة العوامل البيئية قبل الولادية التي أثرت على الجنين وليست لها علاقة بالجينات و هذه العوامل البيئية من الممكن أن تساهم في تسبب « التخلف العقلي » ولها أنواع متعددة منها مشكلات تحدث أثناء الحمل مثل ارتفاع ضغط الدم ، العدوى ، الحصبة الألمانية ، الإصابة البدنية ، سوء تعاطي الأدوية والعقاقير والكحوليات ، ومشكلات أثناء أو بعد الولادة مثل مشكلات التنفس ، وارتفاع السكر في الدم ، ونزيف المخ ، واضطرابات الغدة الدرقية ، والالتهاب السحائي ، أو وجود عوامل نفسية واجتماعية في الأسرة.

ومن هذه العوامل تعرض الأم الحامل للأشعة السينية، والاستخدام الزائد للنظائر المشعة أو تناول العقاقير ذات تأثير سلبي،أو إصابة الام الحامل بأمراض معدية مثل الزهري والحصبة الألمانية، وبعض الامراض الفيروسية أثناء الفترة الاولى من الحمل أو الاصابة بنقص في إفراز الغدة الدرقية.

المجموعة الثانية: عوامل أثناء الولادة:

وتشمل هذه العوامل تلك الاصابات والصعاب التي تعرض لها المولود أثناء ولادته والتي أدت إلى تلف في بعض أجزاء المخ مما ينشأ عنه إعاقة عقلية فقد يصاب الطفل أثناء الولادة العسرة والولادة الجافة بالاختناق حيث تنخفض أو تنقطع كمية الأكسجين عن الوصول إلى دم المولود لفترة قصيرة وتسمي هذه الحالة اسفي كسيا **Asphyxia.**

هذا بالإضـــافة إلى الولادات المبكرة واســـتعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة أو انفصال المشيمة مما يؤدى إلى ســـد عنق الرحم وإعاقة نزول الجنين ونقص الأكســـجين لديه، وكذلك المشاكل التي تنتج عن طول الحبل السري أو قصره مما يؤدى إلى التوائه أو تمزقه أو التفافه حول عنق الجنين، مؤدياً أيضـــا إلى الخناق، المؤدى بدوره إلى الإعاقة العقلية.

وتعسر الولادة المؤدى إلى اختناق الطفل وعدم وصول الأكسجين للمخ بدرجة كافية أثناء الولادة أو اســـتخدام بعض الأدوات بطريقة خاطئة كالجفت والشفاط أو نقص الأكسجين من أهم الاسباب والعوامل التي تحدث الإعاقة أثناء عملية الولادة بمعني أن أي ضـــغط على رأس الطفل بشـــكل غير طبيعي أثناء ولادته يؤثر على مخ الطفل ويسبب له إصابات قد تؤدى به إلى إعاقة عقلية.

المجموعة الثالثة: عوامل ما بعد الولادة:

وتشـــمل الحوادث والأمراض المختلفة التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولي من عمره بشكل خاص وتسبب تلفاً في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه، ويشـير (رشـاد موسـي) بأن عوامل ما بعد الولادة هي تلك العوامل التي يتعرض لها الفرد خلال نموه بعد الولادة، وتشـتمل بخاصـة الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في الســـنوات الأولي من عمره وتســـبب تلفاً في الجهاز العصـــبي أو بعض أجزائه ومن أهمها:

الالتهابات السـحائية – الالتهابات الدماغية – التهابات المخ المختلفة أو الإصـابة الناتجة عن التسـمم بأملاح الرصـاص أو أكسـيد الكربون وحالة الإصـــابة بالحمي القرمزية ومضـــاعفات الحصـــبة، إضـــافة إلى ذلك اضـــطرابات الغدة النخامية في حالات التخلف العقلي المعروف بالقماءة والغدة الدرقية.

وهناك أســـباب لإعاقة الطفل بعد الولادة او في الطفولة المبكرة كما يلي:

١. التهابات أغشية المخ السحائية، ويعرف باسم الحمى الشوكية.

٢. التهابات أنســـجةالمخ، ويقصـــد بها خراريج المخ الناتجة عن الفيروسات والطفيليات.

٣. شلل المخ وهو اهم اسباب الاعاقة العقلية.

٤. اصابة المخ بالحوادث مثل الاصطدام بجسم صلب حيث تسبب موتاً لخلايا المخ.

٥. انخفاض في أداء الغدة الدرقية، مما يســـبب اضـــطرابات عملية التمثيل الغذائي.

٦. نقص او ســـوء التغذية، فمثلا نقص فيتامين ب المركب يؤدي إلى نقص في أداء الجهاز العصبي المركزي.

٧. أســباب اجتماعية، حرمان الضـيع من حنأن أمه قد يؤدي إلى إعاقة نموه الجسمي والذهني.

٨. أســـباب مرضـــية متعددة مثل إصـــابة الاطفال في بداية حياتهم بأمراض كثيرة كالحصــــبة والتهابات الغدة النكافية فإهمال علاج هذه الامراض يسبب حدوث الاعاقة العقلية.

ويري سميث **Smith** أنه من المستحيل اليوم تحديد جميع أسباب الإعاقة العقلية، حيث تتفاعل العوامل مع بعضـــها لكي تســبب تلك الإعاقة العقلية.

وتوضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لايزال غير معروف وهناك تفسير واحد لذلك الغموض وهو أن التخلف العقلي يشــتمل علي عدد من المشــكلات المختلفة التي لها أسـباب متعددة، فهناك عوامل جينية وراثية تكون سـبباً رئيسـاً في التخلف العقلي يجب تجنبها والوقاية منها. كما أن هناك عوامل غير جينية مكتســبة قد تكون هذه الأســباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة فالزواج بين الأقارب والزواج المبكر وانتشـــار الأمية وانخفاض مســتوى التعليم وخروج المرأة للعمـل والفقر وارتفـاع معـدلات الأنجـاب كلهـا من أهم مسببات الإعاقة العقلية التي من السهل الوقاية منها.

ونوجز اســـباب الاعاقة العقلية في أحد العوامل الثلاثة التالية أو تداخلها مع بعضها البعض وهذه العوامل هي:

أ- حالة وراثية معقدة ليســت واضـــحة أو مفهومة تماماً في الوقت الحاضر.

ب- عوامل بيئية لا يتوفر فيها للفرد الاســتثارة الذهنية الملائمة، أو لا تتوفر للفرد العلاقات الاجتماعية المناسبة التي تسمح بالنمو نموا ملائما.

ت- اضطرابات صحية كالتلف البسيط في المخ إلى الحد الذي لا يكون فيه التلف ملحوظاً عند الفحص، كثيراً ما تعتبر حالات سوء التغذية، وعدم العناية بالأم والجنين بشكل ملائم أمثلة لهذا العامل المسببة للإعاقة العقلية.

تصنيفات الإعاقة العقلية:

يطلق مصـــطلح الإعاقة العقلية على جميع فئات المعوقين عقلياً بالرغم من اختلاف شـــدة الاعاقة بســبب العوامل المشــتركة التي تربط بين جميع الفئات، أو بســـبب تحديد نوع الخدمات المقدمة لكل مجموعة، وقد يكون التقسيم على أساس تحقيق أهداف اجتماعية أو تعليمية أو إكلينيكية.

وتتعدد تصنيفات الإعاقة العقلية،فقد صنفت إلى ثلاثة تصنيفات رئيسية هي التصـنيف على أسـاس نسـبة الذكاء، وتصـنيف على أسـاس السـلوك التكيفي،وتصـــنيف تربوي أو التربية الخاصـــة،وهناك من أضـــاف على التصنيف السابق، التصنيف الطبي، والتصنيف حسب مستوى شدة حاجة المتخلف عقلياً للدعم، والتصنيف الشامل.

ويتم عرض هذه التصنيفات بغرض الانتساب لطبقة معينة لها سماتها، من أجل التعرف على سمات كل فئة منهم، والمساعدة للوصول إلى البرامج الخاصة التي تتناسب مع كل فئة حتى يكونوا على درجة من التوافق النفسي والاجتماعي ليصبحوا أعضاء عاملين في المجتمع.

أ -التصنيف حسب نسبة الذكاء:

وفية يتم تصـنيف الاعاقة العقلية بناءاً على اسـتخدام نسـبة الذكاء (كما تقيســها اختبارات الذكاء المقننة) كمعيار للمســتوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة، فالذكاء يتوزع اعتداليا بين الناس حيث أن الفرد متوســـط الذكاء يحصل علي (١٠٠) درجة على اختبار مقنن الذكاء (مثل اختبار ستانفورد بينيه) ومعظم الناس تقع نسبة ذكائهم في وسط المنحني الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء بينما تقع فئة المعوقين عقلياً على الطرف الأدنى من التوزيع أي (٧٠) درجة فأقل

ولقد اســـتخدمت عدد من المقاييس في قياس الذكاء؛ ومن هذه المقاييس:

١-اختبار ستانفورد بينيه.

٢-اختبار وكسلر لذكاء الأطفال.

٣-اختبار وكسلر لذكاء الراشدين

٤-اختبار وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة.

وتصنف الإعاقة العقلية على اختباري ستانفوردبينيه، وكسلر للذكاء إلى أربع فئات حســب نســبة الذكاء لذكاء الراشــدين والمراهقين كما يوضــحها الجدول رقم (١) كما يلي:

جدول رقم (١)

فئات الإعاقة العقلية ونسب الذكاء على مقياس (ستانفورد وبينيه) ومقياس (وكسلر للراشدين)

الفئات	درجة الانحراف	مدى الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسبة الذكاء	
			ستانفورد بينيه	وكسلر
الإعاقة العقلية الخفيفة	١	- ٢,٠١ إلى ٣,٠٠	٥٣-٦٧	٥٥-٦٦
الإعاقة العقلية المتوسطة	٢	- ٣,٠١ إلى ٤,٠٠	٢٦-٥١	٤٠-٥٤
الإعاقة العقلية الشديدة	٣	-٤,٠١ إلى ٥,٠٠	٢٠-٣٥	٢٥-٣٩
الإعاقة العقلية العميقة	٤	-٥ فأقل	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

ويوجد تصنيف آخر والمتمثل في :

١-الإعاقة العقلية البسيطة **Mild Mental Retardation**:

تشـكل هذه الفئة ما نسـبته ٨٠ % من الأطفال المعوقين عقلياً،وتتراوح نسـبة الذكاء٧٠ درجة على اختبارات الذكاء وعلى بعد انحرافين معياريين سالبين من هذه الفئة ما بين ٥٥ المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي، ولا يكون من السـهل عادة تمييز أفراد هذه الفئة عن أقرانهم الأسـوياء في السن المبكر إلى أن يصـلوا إلى المدرسـة، ويطلق عليهم مصـطلح (فئة القابلين للتعلم) ويتطلب لتعليم هذه الفئة فصـولا خاصـة، ويمكنهم أن يتعلموا حتى المستوى الدراسي الرابع الابتدائي.

٢-الإعاقة العقلية المتوسطة **Moderate Mental Retardation**:

تشـــكل هذه الفئة ما نســـبته ١٠ % تقريباً من الأطفال المعوقين عقلياً، وتتراوح نســـبة ٤٥ درجة على اختبارات الذكاء، وعلى بعد ثلاثة انحرافات معيارية -الذكاء لهم ما بين ٤٠ ســـالبة عن المتوســـط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، ويطلق عليهم مصـــطلح (فئـة القـابلين للتـدريـب)، ويوازي أفضـــل أداء أكاديمي لهذه الفئة مســـتوى أداء طلبة الصـــف الأول الابتدائي، وغالبا ما يكون المكان التربوي المناسب لهم مراكز التربية النهارية أو الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية.

٣-الإعاقة العقلية الشديدة **Severe Mental Retardation**:

تشـــكل هذه الفئة ما نســـبته ٥ % تقريبا من الأطفال المعوقين عقلياً، وتتراوح نســـبة الذكاء لهذه الفئة ما بين ٤٠ درجة فما دون على اختبارات الذكاء، وعلى بعد أربعة انحرافات معيارية سالبة عن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، وتظهر لدى هذه الفئة مشـــكلات صـــحية وجســـدية واضـــحة، ويصـــعب تعليم هؤلاء الأطفال أي مهارات أكاديمية بســـبب تدني قدراتهم العقلية، وغالبًا ما يكون المكان الطبيعي لهم مراكز الإقامة الكاملة أو أقسام الأطفال في المستشفيات لحاجتهم للرعاية الصحية.

٤-التخلف العقلي الحاد **Profoundly Mentally Retarded**:

تقل نســـبة ذكاء هذه الفئة عن ٢٤ درجة، ويمثلون حوالي ١ % من المتخلفين عقلي، وهم في حاجة إلى إشـــراف كلي، وغالبًا رعاية طبية تمريضية طوال حياتهم، ويصاحب هذا النوع عادة قصور حركي وجسمي، وترتفع نسبة انتشار المشكلات السلوكية الحادة متمثلة في العدوانية نحو الآخرين ونحو إيذاء الذات.

ب -التصنيف حسب السلوك التكيفي:

يعتمد هذا التصـــنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو الســـلوك التكيفي ومدى قدرة الفرد في الاعتماد على نفســـه في الحياة في أن يعمل مع الآخرين وينشئ أسرة ويقوم بواجبات المواطنة بطريقة مقبولة.

كما يعتمد هذا التصـنيف على المهارات الاجتماعية للفرد بصـفة عامة، وعلى مدى نضـــجه الاجتماعي، أو قدرته على تحقيق التكيف الاجتماعي مع المحيطين به، وتحمل المسؤولية بشكل خاص، يتم التصنيف على أساس درجة الانحراف التي تظهر في ســـلوك الفرد عن معايير الســـلوك التكيفي للأشخاص العاديين في مثل عمره، ويتم الحصول على المعلومات اللازمة لتطبيق أحد مقاييس الســـلوك التكيفي عن طريق مقابلة مع شـــخص يعرف المفحوص حق المعرفة، كالوالدين أو المشـــرفين، من خلال الأشـــياء التي عملها الفرد في حياته اليومية ، وفيها تتمثل الاعاقة العقلية في أربعة أصناف هي :

١-الإعاقة العقلية البسيطة (الخفيفة):

أن أطفال هذه الفئة من المعوقين عقلياً أقرب الفئات التي يمكن تعليمها واندماجها في المجتمع ولكن بعد توافر برامج تدريبيه وعلاجية لإزالة القصور في بعض المهارات التي يتسمون بها لتعديل بعض الاضطرابات التي يعانون منها نتيجة نقص نســـبة الذكاء لديهم وتمثل هذه الفئة (٨٥%) تقريبا من المعوقين عقلياً وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة من (٥٠-٥٥ إلى ٧٠) ومهارات التواصل لهذه الفئة قليلة وبالأخص عند دخولهم المدرسة

بالإضـــافة إلى انخفاض مســـتوى الخبرة مع عدم وضـــوح وظائف الإدراك مثل (البصـــر–الســـمع) وهذا التأخر في وظائف الإدراك لا يمكن تمييزه إلا عند دخولهم المدرســـة ثم يقاس ذكاؤهم من خلال ذلك التأخر في العمر العقلي وهؤلاء الأشـخاص يمكنهم أن اكتسـاب مهارات أكاديمية تبعاً لجنس الطفل كـالمراهقين الـذين يعملون في وظـائف غير اعتمـاديـة (لا يعتمدون على الآخرين) وهؤلاء الأشـــخاص يحققون نجاحاً في التواصـــل الخاص بهم أو في مراقبة الأماكن والتغيرات التي تحدث فيها.

٢-الإعاقة العقلية المتوسطة:

وتمثل هذه الفئة (١٠%) من الأشخاص المعوقين عقلياً ونسبة ذكاء هذه الفئـة تقع بين (٤٠-٥٥) ومعظم التعلم الـذي يتم لهـذه الفئـة يتعلق بـاللغـة والكلام ونحن غالباً قادرون على مســـاعدتهم عن طريق التدريب حيث يتعلمون رعاية أنفسـهم والقيام بمهارات أكاديمية كما يسـتطيعون اكتسـاب المهارات الاجتماعية والشـــخصـــية من خلال التدخل مما يؤدى إلى نجاح العلاقات مع الرفاق

وتشير بعض الدراسات أنه يمكن لأطفال هذه الفئة القيام ببعض الأعمال اليدوية التي لا تتطلب مهارة فنية بالإضـــافة إلي تعلم المهارات اللازمة لمســـاعدة الذات وتقديم بعض المســـاعدات في نطاق الأســـرة المدرســـية والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيران.

٣-الإعاقة العقلية الشديدة:

وتمثل هذه الفئة ٥% تقريباً من المعوقين عقلياً وتعاني من مشكلات في الوزن، والطول مع صـــعوبة في المهارات الحركية الدقيقة بالإضـــافة إلى ظهور بعض الامراض المصـــاحبة لهذه الفئة كالصـــرع، والشـــلل الدماغي وحالات كبر أو صغر أو استسقاء الدماغ وأيضاً بعض المشكلات الحسية في السمع، البصر، وقد تظهر على بعض اطفال الفئة تعدد الاعاقات.

٤-الإعاقة العقلية الحادة (العميقة):

وأصـحاب هذه الفئة لديهم قصـور شـديد في الاسـتعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام وأساليب التواصل ولديهم عجز واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية، وتمثل ذكاء هذه الفئة أقل من (٢٠ أو ٢٥) وتمثل من (١-٢ %) تقريباً من المعوقين عقلياً ويوجد لـديهم عجز في التكيف العصـــبي المتعلق بالاسـتجابات يتوافق مع عجزهم الجسـمي الشـديد ولديهم مشـاكل ملحوظة في الإدراك الحسـي وعجز شـديد في نسـبة الذكاء مما يجعل هناك صعوبة شديدة في تعليمهم.

ج -التصنيفات التربوية:

تهدف برامج التربية الخاصة بالمعوقين عقلياً أساساً إلى معاونتهم حتى يصبح مواطنين صالحين ومعتمدين على ذواتهم معتزين بها ومساعدتهم على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي وذلك بطبيعة الحال في حدود ما تسمح به قدراتهم وإمكانياتهم التي منحتهم الطبيعة إيا ها وفي ضوء خصائصهم واحتياجاتهم الخاصة، حيث يعتمد هذا التصنيف على مدى قدرة المعوق عقلياً على التعلم حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية وهو يطلق عليه أيضاً الصلاحية التربوية.

وتشتمل التصنيفات التربوية للإعاقة العقلية على ثلاث فئات تتمثل في:

أ- فئة المعوقين عقلياً القابلين للتعلم:

أن أصحاب هذه الفئة لا يستطيعون التعلم في مدارس العاديين بنفس البرامج التي أعدت لهم ولكنهم يحتاجون إلى اساليب تربوية خاصة في تعليمهم نظراً لما يتسمون به من خصائص نفسية واجتماعية وعقلية ومعرفية تعوقهم عن التعلم بنفس الأساليب التي يتعلم بها اقرأنهم العاديين وعندما ينتهون من مراحل دراستهم الرسمية يكون تحصيليهم مقارباً لمستوي يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائي العادي ويبدي بعضهم استعداد للتعلم في بعض المجالات المهنية ،ربما يبلغ أحياناً حد التفوق ، لذا يمكنهم ممارسة بعض الاعمال والحرف التي يستطيعون عن طريقها إعالة أنفسهم كلياً أو مساعدة خارجية .

فهم قادرون على التعلم البطيء والحسي مع استيعاب كل منهم للمعلومات الخاصة عن جسمه وعلاقاته الأسرية وعلاقات الخبرة وهم يستطيعون تلقي التدريبات العملية في الحرف البسيطة وممارسة الرياضة البدنية والنشاط المدرسي المناسب للأطفال ويمكنهم معرفة الطريق إلى المدرسة إذا كانت قريبة ولا تحتاج إلى مواصلات وفي استطاعتهم الاختيار بين أمرين أحدهما ضروري والآخر غير ضروري ويحتاجون إلى مداومة توجيههم وتسديد خطئهم وعدم استثارتهم.

ب- فئة المعوقين عقلياً القابلين للتدريب:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٢٥-٥٠) وهم غير القابلين للتعلم النظري ولا إدراك العلاقات الاجتماعية ولكن يمكن تدريبيهم على الاستجابة لحاجاتهم البيولوجية والعناية بنظافتهم اليومية وارتداء ملابسهم وخلعها ، ولهم مراكز تأهيلية خاصة بهم تقوم برعايتهم وتأهيلهم إلى أقصي ما تسمح به قدراتهم العقلية المحدودة ، ولا يمكن أن يسمح لهم بالاعتماد على أنفسهم أو مقاومة انفعالاتهم ذاتيا وهؤلاء لا يستطيعون تجاوز الصف الثاني في المرحلة الابتدائية حتي مع الإشراف والرعاية ويمكن تدريبيهم على المهارات المهنية غير المعقدة.

ج-فئة المعوقين عقلياً الاعتماديين:

أن هذه الفئة من المعوقين عقلياً غير قابلة للتعلم أو التدريب حيث يكون مستوى ذكائهم أدني من (٢٠) درجة، وهم عاجزون كليا عن التحصيل أو العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار كما أنهم في حاجة دائمة إلى الإشراف والرعاية المتكاملة.

فهم غير قادرين على اداء المهارات اللازمة للحاجات الشخصية وقدرتهم على الاستقلال محدودة أو معدومة، وأن أساليب التكنولوجيا الحديثة في مجال النمو أوضحت أن كثيراً من أفراد هذه الفئة يمكن أن يكتسبوا بعض المهارات التي تمكنهم من الاستقلال الجزئي والحياة والعيش في المجتمع.

ويذكر البعض أن هذه الفئة أقل النسب انتشارا بين المعوقين عقلياً، ويتسموا بعدم نمو المهارات الحركية والكلامية فهم غير قادرين على الاستفادة من التعلم في المدارس العادية وكذلك في الفصول الخاصة بالمعوقين عقلياً نتيجة الضعف العقلي الشديد وهم في حاجة ماسة إلي رعاية مستمرة خاصة وقد يستطيعون تعلم بعض الكلمات في الحياة البالغة.

وصنفت الإعاقة كما يلي:

١. الإعاقة العقلية البسيطة في **Mild Mental Retardation** وهم قابلون للتعليم نظراً لكونهم قادرين على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية.

٢. الإعاقة العقلية المتوسطة **Moderate Mental Retardation** وهم القابلين للتدريب والذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (٤٠-٥٥) درجة وهم بطيؤون في تطوير واستخدام اللغة.

٣. الإعاقة العقلية الشديدة: **Sever Mental Retardation** هذه الفئة تتراوح نسبة ذكائهم من (٢٠ -٢٥، ٣٥ – ٤٠)، وغير قابلين للتدريب فهم اعتماديين.

د –التصنيفات الطبية:

اعتبر الأطباء أن التخلف العقلي عرضاً لمرض جسمي معين فإذا وجد توقعوا أن يكون الشخص متخلفاً عقلياً واعتقدوا أن كل سبب أو كل مجموعة من الأسباب المرضية المتشابهة يؤدى إلى نوع من التخلف العقلي مميزاً عن غيره من أنواع التخلف الأخرى ، مما يعني أن الأشخاص الذين يرجع تخلفهم إلى عله واحدة أو علل متشابهة يكونون فئة من المتخلفين عقلياً لهم خصائص جسمية ونفسية متشابهة تميزهم عن غيرهم من حالات التخلف الأخرى ويفيد هذا التصنيف في وضع برامج للمعوقين عقلياً يستهدف الوقاية من الأمراض والاضطرابات البيولوجية والفسيولوجية التي تسبب التخلف العقلي.

وتصنف الاعاقة من المنظور الطبي من حيث مصدر أو أسباب الاعاقة وعلى أساس المظاهر الجسمية التي تميز الحالات الإكلينيكية كالاتي:

• من حيث مصدر أو أسباب الاعاقة: وفيه تم تقسيم حالات الاعاقة العقلية إلي التخلف العقلي الاولي، والتخلف العقليالثانوي، فيضم التخلف العقلي الأولي الحالات الاعاقة العقلية التي ترجع الي العوامل الوراثية مثل أخطاء الجينات والكروموسومات، ويضم التخلف العقلي الثانوي الحالات الاعاقة العقلية التي يرجع الي عوامل بيئية تؤدي إلى اصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الاخصاب ويحدث في حوالي ٢٠%من حالات التخلف العقلي، وقد صنفت كما يلي:

-حالات الضعف الأولي: وهي حالات لا تتضح أسبابها بسهولة، وفيها ينخفض مستوى الأداء العقلي بدرجة كبيرة.

-حالات الضعف العقلي الذي يحدث نتيجة خطأ في النمو، وتلك الحالات التي تحدث نتيجة خطأ في الجينات كاضطرابات الأنزيمات والغدد.

- حالات الضعف العقلي نتيجة العوامل البيئية، ويتم تقسيمها إلى:

أ- حالات ضعف عقلي نتيجة إصابة الجنين أثناء الحمل مثل: التي تحدث نتيجة تأثيرات الأشعة أو عسر الولادة.

ب- حالات ضعف عقلي نتيجة إصابة الأم أثناء الحمل ببعض الأمراض

ت- حالات ضعف عقلي نتيجة تعرض الطفل لبعض أنواع الحرمان؛ مثل النقص. في نشاط الغدة النخامية، أو بعض أنواع الحرمان السيكولوجي.

وقدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تصنيف ضم عشر فئات تبعًا لمصدر الإعاقة كالتالي:

١. تخلف عقلي مرتبطاً بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية والزهرى وخصوصاً في الشهور الثلاثة الأولي من الحمل.

٢, تخلف عقلي مرتبط بأمراض التسمم مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص وغيره.

٣, تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن إصابات جسمية مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.

٤. تخلف عقلي مرتبط بأمراض اضطراب التمثيل الغذائي مثل حالات «الفينيل كيتون يوريا» «**Phenyt Ketonuria**» «والجلاكتوسيميا» «**Galactosemia**».

٥ تخلف عقلي مرتبط بخلل الكروموسومات مثل عرض داون.

٦ . تخلف عقلي مرتبط بأمراض ناتجة عن أورام غريبة مثل الدرن.

٧ . تخلف عقلي مرتبط بأمراض غير معروفة السـبب وتحدث قبل الولادة.

٨ . تخلف عقلي مرتبط باضطراب عقلي مثل التوحد الطفولي.

٩, تخلف عقلي مرتبط بأمراض غير معروفة سـببها تحدث أثناء الولادة.

١٠ . تخلف عقلي مرتبط بأسـباب غير عضـوية، مثل التخلف العقلي والناتج عن عوامل أسرية وثقافية أو ما يسمي بالحرمان الثقافي.

• التصـنيف على أسـاس المظاهر الجسـمية التي تميز الحالات الإكلينيكية:

ويعتمد هذا التصـنيف على وجود بعض الخصـائص الجسـمية والتشـريحية المميزة لكل فئة وهي ليسـت سـبباً للإعاقة العقلية ولكنها أعراض لبعض حالاتها، ومن هذه التصنيفات الشائعة ما يلي:

١. زملة داون Downs Syndrome:

وهي من أكثر الأنماط الإكلينيكية شـيوعاً وتنتشـر، وتكثر هذه الإعاقة بين أطفال الأمهات فوق الأربعين وتتميز بوجود جينات شاذة زائدة في رقم (٢١) في خلايا الجسم وبذلك تزيد عدد الكروموسومات إلى (٤٧) بدلاً من (٤٦) في الخلية الواحدة. وتكون رأس المنغولي صغيرة مع انزلاق العينين بزاوية ناحية جانبي الجبهة مع تغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل مما يشابه بين هؤلاء المرضي والجنس المنغولي ومن هذا اشتق الاسم ويكون اللسان ضخماً بعض الشيء مع تشققات عرضية واحتمال وجود رأرأة في العين.

أما الكف فهو مربع مع وجود خط عرض واحد، وقصر الأصابع وكذلك يوجد شق كبير في أسفل القدم بين الأصابع الكبرى وباقي الأصابع. ويصاحب ذلك جحوظ البطن وتشوهات قلبية وراثية وهؤلاء عرضة للعدوى والأمراض المختلفة.

ويسـتطيع الطفل المنغولي تعلم مهارات رعاية نفسـه وتعلم السـلوك الاجتماعي المقبول وتعتبر الوراثة من الأسـباب التقليدية والشـائعة في الإصـابة بالمنغولية. ووجد في بعض الدراسـات أثر عوامل الأيض في الإصـابة بالمنغولية فقد تحدث الإصـابة بالمنغولية كنتيجة لعدم توازن الإفراز الهرموني للغدد الصـماء وخاصـة الغدة النخامية،ووجد أيضـا أن معظم الأطفال المنغوليين يولدون لأمهات بلغن أكثر من سـن (٣٥) عام عند ميلاد الطفل.

٢. القماءة:cretinism **(القزمية):**

وينتج عن اضــطرابات في الغدة الدرقية **Thyroid gland** خاصــة نقص هرمون الثيروكســين ويقع مرض القماءة في فئة الإعاقة العقلية المتوسطة والحادة ويكون فيها الفرد قصيراً لا يتجاوز طوله (٨٠-٩٠ سم) في الرشــد ويرجع ذلك إلى أســباب وراثية نتيجة لنقص افرازات الغدة الدرقية لدى الأم الحامل.

وقد ترجع إلى عوامل مكتسبة لنقص عنصر اليود في غذاء الطفل بعد الميلاد الأمر الذي يؤدى إلى تلف المخ ويبدو على الطفل الكســل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسي والحركي ويتأخر نمو الكلام وتتراوح درجة الإعاقة العقلية في هذه الحالات ما بين التخلف العقلي من المتوسط والشديد.

٣. صغر الدماغ Microcephalous**:**

وتمثل هذه الحالات ضــعفاً عقلياً ولادياً يرجع في الغالب لمرض الزهري الوراثي أو إصــابة الجنين في الشــهور الأولي نتيجة لتعرض الأم للأشــعة أو لعلاجها بالصــدمات الكهربية ويصــل حجم الجمجمة أحيانا إلى نصــف الحجم الطبيعي للجمجمة العادية فلا يتجاوز محيط الجمجمة عند تمام النمو عن ١٧ -١٩بوصــة (متوســط الشــخص العادي ٢٢ بوصــة) ويظهر النقص الواضح في القدرة العقلية.

٤. حالات الاستسقاء الدماغي Hydrocephalus**:**

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملؤة بالسـائل الشـوكي مع ضـمور في أنسـجة المخ نظراً لضــغط هذا الســائل وأحياناً ما يلجأ أطباء الجراحة إلى إجراء عملية جراحية لخفض هذا الضــغط ولكن غالباً ما يصــاب الطفل بإعاقة عقلية شــديدة. وتحدث هذه الحالات نتيجة عدوى كالزهري أو الالتهاب الســحائي الذي تصــاب به الأم أثناء الحمل وربما تظهر هذه الحالة قبل الولادة أو خلال السنة الأولي من العمر أو في الطفولة المبكرة.

٥. حالات كبر الدماغ Meloglencepholy of macrocephaly**:**

وتعتبر هذه الحالات نادرة ويكبر فيها حجم المخ والوزن لدرجة كبيرة، وتنشأ بسبب تضخم أجزاء في المخ يعقبها كبر حجم الجمجمة والذي يلاحظ منذ الميلاد فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مســتديرة، ولا يتبعها كبر في الفجوات داخل المخ وتصاب هذه الفئة بإعاقات عقلية تامة ونوبات صرعية وصداع وضعف في الإبصار.

وترجع هذه الحالات إلى عوامل وراثية أو عوامل بيو كيميائية، وتبلغ نســبة المعوقين عقلياً المصــابين بتلك الحالات ما بين (١٠، ١٥%) من مجموع حالات الضــعف العقلي. ويصــاحب هذه الحالات اضــطراب في النمو ويمكن علاجها بالعمليات الجراحية بامتصــاص الســائل المخي الزائد وتخفيض ضغطه على المخ أو تعريف مجراه إلى خارج المخ .

ﻫ -التصنيف حسب مستوى شدة حاجة المعوق عقلياً للدعم:

هذا التصنيف وضع حدًا للتحول الفلسفي من التركيز على درجة الإعاقة إلي الاهتمام بقدرات الأفراد على الأداء من خلال اندماجهم في المجتمع والجدول رقم (٢) يوضح كل فئة من فئات التخلف العقلي ومستوى حاجتها للدعم

جدول رقم (٢) يوضح فئات الإعاقة العقلية ومستوي حاجتها للدعم

فئات الإعاقة العقلية	مستوى الحاجة للدعم
الإعاقةالعقليةالبسيطة Mild Mental Retardation	**دعم متقطعا**
الإعاقةالعقليةالمتوسطة Moderate Mental Retardation	**دعم محدود**
الإعاقةالعقليةالشديدة Sever Mental Retardation	**دعم مكثفا**
الإعاقةالعقليةالشديدةجداً Profound Mental Retardation	**دعم موسع ومكثف**

ويكون التصنيف حسب مستوى حاجة المتخلف عقلياً للدعم على النحو التالي:

١. الدعم المتقطع: يكون هذا النوع من الدعم خلال فترة انتقالية من حياة الفرد مثل فقدانه لوظيفة أو خلال أزمة صحية غير مزمنة ويكون بشكل مكثف أو منخفض بحسب الذي يمر به المعوق.

٢. الدعم المحدود: يحدث هذا النوع من الدعم في فترة قصيرة من الوقت ويكون بين النوع السابق والنوع التالي ولكن طابع الدعم يميل إلى الدعم المكثف أكثر منه إلى الدعم المتقطع.

٣. الدعم المكثف: يحدث الدعم هذا على أساس يومي أو ربما يكون في أحد المواضيع البيئية كالمنزل، المدرسة، أو العمل وقد يكون الدعم لفترة طويلة.

٤. الدعم الموسع والشامل: يمكن وصف هذا الدعم بشكل مطرد ومكثف، حيث يتم تقديم الدعم في العديد من المواضع البيئية المختلفة وعلى مدى حياة المعوق.

خصائص المعوقين عقلياً القابلين للتعلم :

ليس من الشــك في أن التعرف على الســمات والخصــائص العامة للمعوقين عقلياً يساعد المربون والأخصــائيون على تقديم أفضـل الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية التي تفي باحتياجات ومطالب المعوقين،

إن الأشــخـاص المعوقين عقليـاً قـادرين على التعلم والنمو ، على أن نموهم وأن كان يوازي نمو الأشخاص العادين إلا أنه يتصـف بكونه بطيئا وإسنادا إلى هذه الحقيقة فإن فلسفة رعاية هؤلاء الأشخاص قد تغيرت في العقود الماضــية من الإيواء إلي تطوير البرامج التربوية للأفراد المعوقين عقلياً ذلك أن هؤلاء الأفراد لا يشكلون فئة متجانسة فقد تختلف الخصائص تبعا لدرجة الإعاقة، لذا نجد اختلافات واضــحة بين الأفراد المعوقين عقلياً بعضــهم البعض، هذا فضـلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد بين العاديين وسوف يكون وصفا لخصائص هذه الفئة بشكل عام ورغم وجود بعض الخصــائص المختلفة لكل فئة من فئات المتخلفين عقلياً ، واهم الخصائص هي:

أ-الخصائص الجسمية والحركية:

لا توجد خصائص جسمية تميز ذوى الإعاقة العقلية الخفيفة عن أقرأنهم العـاديين فهم يشــبهون العـاديين إلي حد مـا في الوزن والطول والحركة والصـحة العامة والبلوغ الجنســي لذلك لا يعتمد على الخصـائص الجسـمية في تشـخيص الإعاقة العقلية ولأن الفروق بين معظم حالات الإعاقة العقلية وأقرأنهم العاديين في هذه النواحي قليلة لا تفرق بين المعوق وغير المعوق بشكل قاطع ، وأن حالات الإعاقة العقلية الخفيفة تنمو جسمياً مثل العاديين في الطفولة وتظهر علامات البلوغ الجســمي والجنســي في مرحلة البلوغ والمراهقة ويكتمل نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في سن ١٨ ســنة مثل أقرأنهم العاديين أي أن معظم المعوقين عقلياً يصــلون إلى الرشد الجسمي ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي قبل العاديين.

ويشــار إلى أن الطفل المعوق عقلياً كلما قلت درجة ذكائه واقتربت من (٥٠) كلما بدأت الفروق في مستوى النمو (الجسـميوالحركي) تظهر فنجد أنهم أقل وزنا وأقل طولاً وأقل قدرة على المشــيء بطريقة صــحيحة بالمقارنة إلى أقرأنهم العاديين، ومن الخصــائص الحركية فإن المعوقين عقلياً يميلون بصـفة عامة إلى البطء في المشــي والتأخر في النمو الحركي والمهارى والضعف عام وقد تصاحب بعض التشوهات الخلقية.

وأضاف أن هناك بعض الدراسات قامت بمقارنة مجموعة من المعوقين عقلياً والعـاديين، واوضـــحـت أن المعوق عقليـاً فئـة الاعـاقـة البســيطـة والمتوســطة يعانون من خلل أو قصــر النظر اللا بؤرية أكثر من عينة العاديين بنسبة ٩,٨% وهذه النسبة تزداد بزيادة درجة الاعاقة العقلية.

ب-الخصائص العقلية -المعرفية: المعوقين عقلياً القابلين للتعلم يتسمون ببعض الخصائص العقلية التي تجعلهم غير قادرين على التعلم عندما تكون طريقة التدريس بنفس الأسلوب المستخدم مع الطلاب العاديين وذلك ناتج عن مشكلات ترتبط بالإعاقة ولها أثرها على التعلم مثل تشتت الانتباه ونقص الادراك وضعف البصر وضعف السمع والتخلف الأكاديمي ليس ضروري في الاستدلال على الإعاقة العقلية لكنها من الخصائص الأساسية الرئيسية لدى المعوقين عقلياً، وأهم هذه الخصائص ما يلي:

١- بطء النمو العقلي:

أن الطفل المعوق عقلياً لا يصل إلى المستوى الذي يصل اليه الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني كما أن معدل نموه العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي والفرق هنا يكمن في عدد العمليات العقلية او المراحل العقلية لكل منهما، هذا بالإضافة الي فروق في نوع تلك العمليات العقلية وليست مجرد فروق في معدل سرعة النمو العقلي لكلمنهما.

٢-القصور في المهارات الاكاديمية:

يرتبط أساس القصور في الاستعدادات التحصيلية لدى المعوقين والقدرة على التعلم والتدريب خلال سنوات الدراسة بمعاملات الذكاء المختلفة أيضاً فهم يتصفون بالأداء المنخفض والمتأخر في الاختبارات والأنشطة والمهارات المدرسية والتحصيلية، أن الأطفال المعوقين عقلياً في سن السادسة يكونون غير مستعدين للقراءة والكتابة والحساب، إلا إذا توفرت لديهم قدرات خاصة وهؤلاء الأطفال لا يتمكنون من اكتساب المهارات إلا عند بلوغهم سن الثامنة أو أكثر، ونظراً لمعدل النمو العقلي المنخفض فإن الطفل المعوق غير قادر على أن ينهي المقرر لسنة دراسية في الوقت المحدد دائماً، وإنما يحتاج إلى سنتين أو أكثر.

ويذكر بأنهم يحتاجون إلي مساعدات فعالة للتغلب على المشكلات الدراسية التي يعانون منها وأنهم بحاجة إلى مناهج دراسية تتفق مع قدراتهم المحدودة بالإضافة إلى طرق التدريس المناسبة لتلك المناهج والتي لابد أن تختلف بالضرورة مع مثيلاتها من طرق تدريس الطفل العادي خاصة أن الطفل المعوق عقلياً القابل لتعليم غالباً ما يعاني من تأخر واضح في نمو القدرات اللغوية والكلام.

فالطفل المعوق عقلياً يعاني وبشكل واضح من ضعف في القدرة على التعلم والقدرة على التحصيل مقارنة بالطفل العادي الذي هو في مثل سنه.

كما أن انخفاض مستوى الاداء المعرفي والتحصيلي للمعوقين عقلياً ليس نتيجة انخفاض مستوي القدرة العقلية فقط ، وإنما يسهم في ذلك عوامل أخري أهمها انخفاض مستوي الدافعية وتوقع الفشل

وعلى الرغم من انخفاض المهارات الأكاديمية لدى الأطفال المعوقين عقلياً إلا أن ذلك لا يعني أنهم غير قادرين على التعلم أو التحصيل ولكن يجب إعداد البرامج التربوية الخاصة التي تتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم.

٣-قصور الذاكرة:

ترتبط القدرة على التذكر ارتباطاً وثيقاً بالقدرة العقلية فالمعوق عقلياً لديه ضعف عام في قدرته على تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال ويظهر ذلك واضحاً في الذاكرة قصيرة المدى، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم قدرة الطفل على استعمال الاستراتيجيات المناسبة للتذكر والتي يقوم بها الطفل العادي حيث نجد أن تعليم الطفل المعوق يركز على التعلم الحسي أكثر من المجرد.

لذا فإن المناهج التي تعطى للمعوقين عقلياً يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الخطة التربوية والتعليمية والفردية لكل فرد من الأفراد ويجب على المعلم اتخاذ الأساليب المناسبة لعملية التعلم والتعليم والتي تعتمد على الطريقة الحسية المجردة حتى يتمكن هؤلاء الأطفال من استيعابها.

فالمعوقين عقلياً يتعرضون لنسيان المعلومات التي تعلموها في الماضي أكثر من الأفراد العاديين، فالذاكرة قصيرة المدى تستخدم لتخزين المعلومات لمدة ثوان قليلة أو ساعات قليلة ويتسم المعوقون عقلياً بأن لديهم قصوراً في الذاكرة عن أقرانهم العاديين.

لذا يجب التركيز على أن يكون التعلم لهؤلاء الأطفال مساعداً لهم على تخزين المعلومات حيث أن القدرة اللغوية لهؤلاء الأطفال تحت المتوسط مما يدل على أن قدرتهم على التعلم منخفضة بسبب قصور الذاكرة لديهم .

ويرتبط بقصور الانتباه والتذكر لدى المتخلفين عقلياً تصوراً آخر في عمليات الإدراك والتمييز بين الخصائص المميزة للأشياء، كالأشياء والألوان، والأوضاع والأحجام، والأوزان، وتتأثر عمليات الإدراك والتمييز بين المدركات ومن ثم فهم في حاجة إلى توفير جو هادئ أثناء عملية التعلم وإلى استخدام ما يثير انتباههم من الخارج ويجذبهم إلى التدريس بالنماذج والصور والأشكال والاعتماد على النشاط واستخدام التدعيم وتنظيم مواقف التعلم ومنحهم فترة زمنية أطول مقارنة بالعاديين.

فالأطفال العاديون يحفظون المعلومات في الذاكرة الحسية أسرع من المعوقين وينقلون الكثير منها إلى الذاكرة قصيرة المدى أو بعيدة المدى فلا ينسوها لفترة طويلة ولا يحتاجون إلى إعادة تعلمها من جديد أما المعوقون عقلياً فإنهم يتعلمونها وينسون ما تعلموه بسرعة لأنهم يحفظون المعلومات في الذاكرة الحسية بعد جهد في تعلمها.

ولذلك ينبغي على المعلم ألا يعطي للطفل المعوق عقلياً أكثر من أمر في أن واحد فلا يقول له مثلا أغلق الباب وأجلس ثم أحضر كراسة الحساب وإنما يعطي له أمراً واحداً وبعد تنفيذه يعطي له الأمر الثاني وهكذا. ولذلك يلجأ المعلمون إلى التكرار المستمر للموقف الذي يتم تدريب الطفل المعوق عقلياً عليه وذلك لكي يحتفظ بالموقف في الذاكرة طويلة المدى.

٤-قصور الانتباه:

يزداد الانتباه عند العاديين في المدة والمدى مع زيادة اعمارهم الزمنية فانتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى عن انتباه الطفل العادي مما يجعله قادراً على الانتباه لأكثر من موضوع في أن واحد لمدة أطول أما انتباه المراهق المعوق عقلياً يكون مثل انتباه الطفل الصغير العادي الذي يتشتت أنتباهه بسرعة.

ويواجه المعوقون عقلياً مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز في المهارات التعليمية، فالانتباه لدى الطفل المعوق عقلياً يكون محدوداً في المدى والمدة فهو لا يستطيع الانتباه لأكثر من شيء واحد ولفترة زمنية قصيرة، إذ يتشتت أنتباهه بسرعة، لأن مثيرات الانتباه الداخلية لديه ضعيفة وهو بحاجة دائمة إلى ما يثير أنتباهه من المثيرات الخارجية وإلى ما ينبهه إلى ما يدور حوله وبشدة إلى الموضوع الأساسي فلا ينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بالموضوع وهذه الصفة تؤدي إلى عدم قدرة الطفل المعوق على التعلم من الخبرات التي يمر بها إلا إذا وجد من ينبهه إليها حتى يدرك ويتعلم منها.

ويعاني المعوق عقلياً من نقص واضح في الانتباه والتعلم والتمييز بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها، ويعانون أيضا من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر ويميلون إلى تجميع الأشياء أو تصنيعها بطريقة غير صحيحة، ويرجع السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبل بها الأطفال تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

ولذا يجب استخدام اسلوب خاص في التدريب يراعي فيه قدراتهم والقصور الذي يتسمون به مع مراعاة التعزيز المستمر للسلوك الايجابي حتى يظل ذلك محفوظاً في ذاكرة الطفل المعوق عقلياً.

٥-قصور الإدراك:

يدرك الطفل العالم المحيط من خلال الحواس مثل النظر السمع الاحساس الشم والتذوق وذلك عندما تبدأ هذه الحواس في العمل ويقصد بالإدراك تلك العملية التي يستطيع الفرد عن طريقها تفسير المثيرات الحسية حيث تقوم عمليات الإحساس بتسجيل المثيرات البيئية بينما تقوم عملية الإدراك بتفسير هذه المثيرات وصياغتها في صورة يمكن فهمها.

فالطفل المعوق عقلياً يعاني من قصور في عمليات الإدراك العقلية وبالذات عملية التمييز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس وذلك بسبب صعوبات الانتباه التي يعاني منها.

كما أن التلاميذ المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم يعانون من قصـــور في عمليات الإدراك لا ســـيما عمليتي التعرف والتميز بين المتشـــابهات والمختلفات فهؤلاء التلاميذ لا ينتبهون إلى خصـــائص الأشـــياء فلابد أن يدركونها إدراكاً كاملاً وينســـون خبراتهم الســـابقة عنها، فلابد أن يتعرفوا عليها بســـهولة مما يجعل إدراكهم لها غير دقيق أو يجعلهم يدركون جوانب غير أساسية فيها.

وتؤكد بعض الدراســـات التي أجريت على المعوقين عقلياً بهدف التعرف علي خصائصهم المعرفية والعقلية أن مجال الإدراك البصري لدى المعوقين عقلياً يتسم بالمحدودية والقصور، بل ما يمتد ذلك إلى جميع أنواع الإدراك الأخرى لديهم، وهذه المحدودية وضـــعف الإدراك لدى الطفل المعوق عقلياً تعرقل توجيهه للموضوعات أو المواقف غير المألوفة.

مما سبق يتضح أن معرفة الخصائص العقلية والمعرفية للمعوقين عقلياً تعتبر ضـرورية لمن يقدمون برامج تدريبيه أو علاجية لهذه الفئة حيث أنها تختلف عن خصائص العاديين فنجد أنهم يتسمون ببطء النمو العقلي ولذا لا يجب عند إعداد أي برامج لهم التعرض لمهارات تحتاج إلى قدرات عقلية عالية.

كما يجب مراعاة التكرار المســـتمر للمعلومة لما يتســـمون بهم من قصـــور الذاكرة ويجب اســـتخدام أكثر من حاســـة في اســـتقبال المعلومة ومراعاة أن يكون التركيز علي شيء واحد أثناء التدريب اي تحليل المهارة المطلوبة منة الي اجزاء بسيطة سهلة تتفق مع قدراته.

كما يمكن توظيف بعض الأنشـــطة المحببة له في عملية التدريب والتعليم حتى لا يمل عملية التدريب وذلك لأن المعوق عقلياً لديه قصـــور واضـــح في الانتباه وهو ما يجعله لا يســـتطيع التركيز على الشـــيء لفترة طويلة ويفقد بسبب ذلك الوصول إلى النهاية في الموقف التدريبي ولذا يجب مراعاة كل هذه الخصائص ومعرفتها عند التعامل مع الطفل المعوق عقلياً.

ج-الخصائص الانفعالية -الاجتماعية:

يتصـــف المعوق عقلياً ببعض الخصـــائص الانفعالية والتي تنعكس من خلال قدراته العقلية فقد لوحظ أن الطفل المعوق عقلياً يميل إلى الانســـحاب والتردد في الســـلوك التكراري والســـلوك العدواني والنشـــاط الحركي الزائد وعدم قدرته على ضبط الانفعالات

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الاضطرابات الشخصية والمشكلات السـلوكية الحادة أكثر شيوعاً بين ذوي الاعاقة البسيطة حيث يصـل معدل انتشارها إلى ٣١%

ويوضـــح البعض أن المشـــكلات الســـلوكية لدى المعوقين عقلياً القابلين للتعلم ثلاث أمثال المشكلات التي تظهر لدى العاديين.

ويصنف المعوقون عقلياً حسب النمو الانفعالي إلى فئة مستقرة انفعاليا وهي فئة متعاونة مطيعة لا تؤذى غيرها لا تتعدى مشاكلهم مشاكل الأطفال العاديين. وفئة غير مستقرة انفعاليا كثيرة الحركة لا تستقر في نشاط، متعددة الاهتمامات، تثور وتغضب لأسباب بسيطة، وتنتابها نوبات هياج يصعب السيطرة عليها، وهي متقلبة المزاج فأحيانا تكون هادئة سلسلة القيادة، وأحيانا أخرى تكون شرسة تؤذى نفسها وتؤذى غيرها. وفيما يلي أهم الخصائص الانفعالية لدى الأطفال المعوقين عقلياً:

١-عدم الاتزان الانفعالي:

يتسم المعوق عقلياً بعدم القدرة على ضبط انفعالاته فهو يتصف في معظم الأحيان بالبلادة وعدم التحكم في انفعالاته والانفجار التلقائي لأتفه الأسباب تظهر لديهم الانحرافات السلوكية بين المعوقين عقلياً أكثر من الأسوياء.

ويظهر المعوق عقلياً اضطراباً انفعاليا، وسهولة القابلية للإيحاء، وسهولة القيادة واضطراب مفهوم الذات، وعدم تناسب سلوكه وحركته لمستوى سنه، وسرعة التأثر وعدم تحمل القلق، كما أن مقاومته للإحباط ضعيفة، وذلك لتكرار خبرات الفشل التي يمر بها في الحياة وفي المدرسة، وهو بطيءالانفعال،وغرابته، ومزاجه متقلب ولديه صعوبة في الاتزان الانفعالي والخوف من الآخرين وعدم اللعب معهم ونقص اهتمامه بالعالم من حوله.

ويذكر البعض أن الخصائص العاطفية للمعوقين تظهر في عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحيانا وبطء التأثر أحيانا أخرى مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي حيث توجد اختلافات كثيرة بين فئة المعوقين في خصائصهم الانفعالية والاجتماعية، ويرجع ذلك إلى:

أ- ارتباط صفات انفعالية بمصدر السبب

ب-أن الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث المعوق عقلياً وبيئته.

٢-الجمود والنشاط الزائد:

يرى كثير من الباحثين أن الجمود سمة من سمات الأطفال المعوقين عقلياً، حيث لاحظوا أن هؤلاء الأطفال يخطون في سلوك متكرر ومتقلب، وهذا الجمود يظهر كنتيجة للفروق النوعية في عمليات التفكير لديهم.

كما أنهم يميلون إلى النشاط الزائد وإلى إصدار سلوكيات شاذة عن أقرأنهم العاديين مثل نقر القدم -توجيه أسئلة متكررة -المشاجرة، فضلا عن أنهم لا يمكنهم الاستقرار في مكان واحد دون أن يغيروه ولا يكفون عن الحركة المستمرة.

٣-الأنسحاب والعدوان:

العدوان من المشـــكلات الكبرى التي تواجه العاملين في مؤســـســـات المعوقين عقلياً كما تواجه الوالدين، إذ أن ذلك يشكل خطراً على الجميع كما أنه يستنفذ قدراً من الوقت والجهد يمكن بذلة في التدريب وغيره.

والمعوقون عقلياً يتعرضـــون للإحباط أكثر من العاديين، وكثيراً يكون العدوان هو الســـلوك الرئيســـي المؤدى إلى إرســـال الطفل إلى المعهد أو المؤسسة للتخلص من مشاكله في المنزل أو مع الجيران والأصحاب.

وربما يكون العدوان هو وســيلة المعوق عقلياً للتواصـــل يلجأ إليها الطفل المعوق عقلياً لإبلاغ رســـالة معينة إلى الآخرين. حيث أن الســـلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين خاصـــــة ذوي الإعاقة العقلية ما هو إلا وسـيلة من وسـائل التواصـل يسـتهدف منها المعوق إبلاغ رسـالة معينة أو التعبير عن رغبة أو حاجة أو كرد فعل طبيعي لفشـــله في التواصـــل الاجتماعي أو تلقيه تدعيما اجتماعيا سلبيا نتيجة هذا الفشل.

٤-سوء التوافق مع الآخرين:

أن الأطفال المعوقين عقلياً لديهم بطء في تفسـير الإشـارات الاجتماعية مثل الموافقة وعدمالموافقة، ويميلون إلى تكوين علاقات اجتماعيـة مع الأطفال الأصـغر سـناً لأن مهاراتهم الشـخصـية والاجتماعية أكثر شـبهاً لهؤلاء الأطفال الصغار.

كما أن لديهم انخفاض في تقدير الذات، والعزلة والانطواء وفي إحدى الدراســـات اتضـــح أن المعوقين عقلياً أقل كفاءة في التعامل في المواقف الاجتماعية مقارنة بالعاديين فغالبا ما يسهل إحباطهم ويظهرون دلائل على الصراع الداخلي.

عقلياً بقدرتـه المحدودة أقل قدرة على التكيف الاجتماعي والمواءمة وأقل قدرة على التصـــرف في المواقف الاجتماعية وفي تواصـــلـه مع الآخرين فالكثير منهم يأتون من بيئات منخفضـــة في مســتواها الاجتماعي والاقتصـــادي حيث تتكاتف ظروف سـلبية متعددة لتحرم الطفل من خبرات اجتماعية مناســـبة أثناء فترات نموه الأولي التي تعتبر اســـاســـية ولازمة لتكوينه الاجتماعي.

كما أن المعوقين عقلياً يتعرضون للكثير من المواقف الفاشلة التي تنمي لديهم الشعور بالفشل، مع محاولة الهروب من تلك المواقف الفاشلة، مما يسبب لهم انخفاض في مستوى طموحهم، بما يجعلهم غير قادرين على تحقيق أهدافهم ويتصفون بما يلي:

أ- ربما تكون هناك مشكلات سلوكية كثيرة بسبب إحباطهم.

ب - يعولون بكثرة على الآخرين لحل مشكلاتهم، فيطلبون العون والمساعدة، لعدم ثقتهم في قدراتهم الذاتية.

ت - يرجعون عواقب سلوكهم (الايجابية /السلبية) على الحظ والصدفة، أو أناس آخرون، لأنها فوق سيطرتهم.

ث -يرجعوا فشلهم في الأعمال شبة الحرفية بصفة عامة إلى خصائصهم الشخصية والاجتماعية وتبادل العلاقات الشخصية مع الآخرين أكثر من رجوعها إلى عدم قدرتهم على أنجاز المهمة المحددة لهم.

ج -يتميزوا بالانسحاب والعدوان، وعدم تحمل المسؤولية، وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع أبناء عمرة، مع الشعور بالعجز والدونية والفشل.

ح-خصائص اللغة والتواصل: يتسم الطفل المعوق عقلياً بالقصور الواضح في استخدام اللغة والكلام فهو يتأخر في اكتساب النمو اللغوي بصورة واضحة وفي إخراج الأصوات ونطقه الكلمات واستخدام الجمل والتعبير اللفظي عن الأفكار والمشاعر كما أنه يعاني من حذف الحروف وإبدالها وعدم وضوح مخارج الألفاظ ويميل إلى استخدام التعبير اللفظي بجزء من جملة للتعبير عن احتياجاته.

كما يشيع لديه عيوب النطق كالتهتهة واللجلجة مما يؤثر على تأخر القدرة على القراءة كما أنهم يجدون مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم وذلك لأن هذه القدرات أكثر ارتباطاً بالذكاء، وهذا يجب مراعاته في البرامج التي تعد لهم.

كما أن المهارات اللغوية منخفضة لدى المعوقين عقلياً ويظهر ذلك بوضوح في الخصائص اللغوية لهذه الفئة مما يتضح من خلال نقص مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً، ونقص كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً كلما قلت نسبة ذكائهم، والنقص النسبي في اكتساب مفردات اللغة وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به، وعدم إحسان الكلام حيث يبدو كلامهم مشوشا وقريبا من لغة الأطفال،ونقص كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سالب على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر لدى المعوقين عقلياً.

وتذكر العديد من الدراسات أنه توجد علاقة وثيقة بين النمو المعرفي والإدراكي والنمو اللغوي، فالأفراد الذين يظهرون تأخراً في الأداء العقلي الوظيفي يظهرون تأخراً في نفس الوقت في النمو اللغوي وما يصاحب ذلك من قصور في مهارات التواصل الاجتماعي.

وعليه يواجه التلاميذ المعوقون عقلياً صعوبات كثيرة ترتبط بضعف قدرتهم على التعبير عن أنفسهم، وما يترتب على ذلك من صعوبة في الفهم والتواصل نظراً لقدرتهم المحدودة في التعبير عن أنفسهم وفي فهم الآخرين والتي تسمي بمهارات اللغة الاستقبالية، وقد ينجم عن الإعاقة العقلية فقدان القدرة على الكلام أو استخدام الإيماءات أو ضعف وقصور الاستجابة أثناء التواصل مع الآخرين.

ويذكر البعض في دراستهم أن مهارات اللغة الاستقبالية لدى المتخلفين عقلياً والتي توصلوا فيها إلى أن المعوقين باختلاف فئاتهم لديهم سمات مختلفة من المفردات والتراكيب الإستقبالية والمعرفية غير اللفظية، كما أنهم لا يقدرون على فهم اللغة الاستقبالية بالشكل المناسب، ولذا فهي تعتبر من أهم المشكلات التي تواجههم.

ويتفق البعض على أنه يتصف المعوقون عقلياً القابلين للتعلم بعدد من الخصائص الاجتماعية – الانفعالية، والخصائص التعليمية، والخصائص الأكاديمية والخصائص الصحية والبدنية، ويشتركوا بواحدة أو أكثر من الصفات في كل خاصية منهم كما يلي:

١. **الخصائص التعليمية** Learning Characteristics :

أ- يعانون من التشتت وعدم الانتباه مما يؤثر على حياتهم التعليمية.

ب- يتصفون بعدم تنظيم المعلومات التي يتلقونها من أجل تخزينها ثم استرجاعها لاحقاً، لاستخدامها في المواقف المناسبة لها.

ت- لديهم صعوبة كبيرة في مجال التذكر قصير المدى؛ بالرغم من تذكرهم للمعلومات على المدى الطويل.

ث- محدودية تفكيرهم المجرد.

ج- يظهرون عجزاً في تعلم المعلومات غير المتصلة بموقفهم التعليمي الحالي (ضعف القدرة على التعلم العفوي).

٢. **الخصائص الأكاديمية Academic Characteristics**:

أ- غير قادرين على الإنجاز عند المستوى المتوقع منهم.

ب- عمرهم العقلي أقل من عمرهم الزمني، مما يؤثر سلباً على حياتهم التعليمية.

ت- يحدد عمرهم العقلي مستوى اهتماماتهم، مما يجعل اهتماماتهم غير متمايزة.

ث- أداؤهم الأكاديمي أقل من أقرأنهم العاديين في العمر ب (٣) إلى (٤) سنوات.

ج- يواجهوا صعوبات كبيرة في جميع جوانب القراءة، وخاصة المتصل منها بفهم ما يقرؤون.

٣. الخصائص البدنية والصحية: -

أ- يتصفوا بأنهم أقل من أقرأنهم العاديين في الصفات الجسمية مثل الطول،والوزن،والحجم.

ب- يتصف أدائهم الوظيفي بأنه أدنى من أقرأنهم العاديين في جميع مجالات الإتقان الحركي.

ت- يعاني بعضهم من مشكلات بدنية مثل الشلل الدماغي، القصور الجسمي،التشنجات، الاصابات الناتجة عن إساءة معاملاتهم كإصابات الرأس.

ث -يعانوا من سوء التغذية، مع قابليتهم للإصابة بالأمراض، وقصور العناية بالذات، ومشكلات الأسنان.

٤. الخصائص الاجتماعية – الانفعالية Social **Emotional Characteristic**

أ- يتعرضون للكثير من المواقف الفاشلة التي تنمي لديهم الشعور بالفشل، مع محاولة الهروب من تلك المواقف الفاشلة، مما يسبب لهم انخفاض في مستوى طموحهم، بما يجعلهم غير قادرين على تحقيق أهدافهم.

ب- ربما تكون هناك مشكلات سلوكية كثيرة بسبب إحباطهم.

ت- يعولون بكثرة علي الآخرين لحل مشكلاتهم، فيطلبون العون والمساعدة، لعدم ثقتهم في قدراتهم الذاتية.

ث- يرجعون عواقب سلوكهم (الايجابية /السلبية) على الحظ والصدفة، أو أناس آخرون، لأنها فوق سيطرتهم.

ج- يرجعوا فشلهم في الأعمال شبة الحرفية بصفة عامة إلى خصائصهم الشخصية والاجتماعية وتبادل العلاقات الشخصية مع الآخرين أكثر من رجوعها إلى عدم قدرتهم على أنجاز المهمة المحددة لهم.

ح- يتميزوا بالانسحاب والعدوان، وعدم تحمل المسؤولية،والعجز والدونية والفشل.

ونشير إلى أنه حوالي ٤٠ % من الأطفال الذاتويين يعانون من التخلف العقلي بمستوياته المختلفة،فهم يعانون من أعراض سلوكية بالإضافة إلى الأعراض المصاحبة للذاتوية.

كما يوجد فروق تشخيصية للاضطرابين (الذاتوية – التخلف العقلي)، فعادة الأطفال المعوقين ذهنيا ما يميلون إلى البالغين والأطفال الآخرين طبقا لعمرهم العقلي، ويستخدمون اللغة كأداة للتواصل مع الآخرين .

ومن الدراسات التي استهدفت التوصل إلي تشخيص فارق بين الذاتويين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا والأسوياء وذلك من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة ما يلي:

فقد توصـــلت دراســـة إلي أن الأطفال الذاتويين عند مقارنتهم بأقرانهم المعوقين عقلياً يعتبرون هم الأكثر عدوانية والأضـــعف انتباهاً والأكثر قلقاً والأكثر في نشـــاطهم الحركي والأقل اجتماعية وذلك على قائمة كونرز لتقدير الســلوك كما كان آدائهم على مقياس جودار للذكاء أفضــل من أدائهم على مقاييس ســـتانفورد بينيه ويرجع ذلك إلى أن المقياس الأول يعد من المقاييس الأدائية في حين يعد الثاني من المقاييس اللفظية.

وتوصـــلت دراســـة أخرى إلي وجود فروق ذات دلالة إحصـــائية بين الأطفال الذاتويين والمتخلفين عقليا في كل من ضــعف الانتباه والانســحاب الاجتمـاعي، وضـــعف القدرة على التقليد وفهم التعبيرات اللفظيـة وغير اللفظية وذلك لصـــالح الأطفال الذاتويين، ودراســـةثالثة أظهرت النتائج أن الأطفال المعوقين عقلياً أعلى من الذاتويين في كل من مستوى النمو اللغوي والأداء والتطبيع الاجتمـاعي، ولم توجـد فروق بينـهمـا فـي الأداء الوظيفي المســتقل، والنشــاط المهني الاقتصـــادي وأداء الأدوار الأســرية والأعمال المنزلية.

الفصل الرابع
التوحد / الأوتيزم

مقدمة :

التوحدية أو ما يطلق عليها « **الأوتيزم** » ليست مرضاً عقلياً، كما أنها لم تعد ظاهرة نادرة الوجود ولكنها نوع من الاعاقة تصيب الأطفال، وتصاحب نموهم وهي غالباً ما تظهر في نهاية السنة الثانية من العمر أو بداية السنة الثالثة، فالعلماء والباحثون يرجعون سبب هذا الاضطراب إلى احتمالات وراثية أو تغيرات كيميائية بالمخ أو المخيخ حيث إن المخيخ هو المسئول عن التوازن والقدرة على التركيز والسلوك ويتميز الأوتيزم كاضطراب ارتقائي بقصور التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل واللعب التخيلي ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات .

ونجدهم يختارون نوعيات محددة من جداً من الأطعمة قد تصل إلى (نوعين أو ثلاثة) من الأطعمة فقط، وغالباً ما يدفعون الطعام خارج الفم بدلاً من بلعه، مع تفضيلهم للأكل اللين الذي لا يحتاج إلى كثيراً من المضغ؛ مما يزيد من فرص تسوس أسنانهم.

بشكل عام في المجتمعات حسب الدراسات المنشورة مع مرور الوقت جب التفريق بين مرض التوحد وطيف التوحد حيث يتم تداولهم في المراجع الطبية، مرض التوحد هو جزء من طيف التوحد والطيف يشمل امراض تطورية اخرى مثل متلازمة اسبرجر.

بعض الاحصائيات تعتمد نسبة الانتشار الى افراد المجتمع وبعضها الى عدد الاطفال في سن معين وهذا يؤدي الى اختلاف في الارقام، يجب الالتفات على هذه الفروقات من قبل القارئ / الباحث. وقد يعود لعدة عوامل مثل اسس التشخيص ودقة التبليغ.

***

تعريف التوحد / الأوتيزم :

يعرف التوحد بأنه أحد امراض الاضطرابات النمائية الشاملة على انه ازمة سلوكية تنتج عن اسباب عدة تتسم بقصور اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية، وسلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب.

فهو أحد الاضطرابات التي تقع تحت مجموع اعتلال التطور الطيفي ، وتشمل هذه الحالات خمسة اضطرابات جميعها عصبية تظهر بشكل واضح مع وصول عمر الطفل إلى (ثلاث) سنوات ، وتختلف الاضطرابات من حيث شدتها مع معاناة الأطفال المصابون بهذه الاضطرابات من صعوبة في النطق واللغة ، وعدم اللعب مع الآخرين أو الارتباط بهم حتى مع أفراد العائلة .

وكذلك يعرف بأنه اعاقة تطورية تلاحظ على العجز في التواصل اللفظي والغير لفظي، وعجز في التفاعل الاجتماعي وتظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل.

وعرفته منظمة الصـــحة العالمية: انه اضـــطراب نمائي يظهر في الســـنوات الثلاثة الاولى من عمر الطفل ويؤدي الى عجز في التحصـــيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي، ويعرف الأطفال التوحديون بأنهم:

أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية:

١. صعوبة تكوين اتصالات والعلاقات مع الآخرين.

٢. انخفاضمستوى الذكاء.

٣. العزلة والانسحاب الشديد عن المجتمع .

٤. الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.

٥. الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.

٦. اضطرابات في المظاهر الحسية.

٧. اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام

٨. اضـطراب عصـبي تطوري ينتج عن خلل في وظائف الدماغ يظهر كإعاقة تطورية أو نمائية عند الطفل خلال الســنوات الثلاث الاولى من العمر.

ومصـــطلح ال **Autism** لا يزال حائرا في اللغة العربية يبحث عن مقابل عربيمســتقر يعمم اســتخدامه في المجتمعات العربية وفى نفس الوقت يصف تلك الأعراض التي يعاني منها المصاب بهذا الاضطراب، وتتنوع الترجمات فمنها ما تشير إليه « بالتوحد » ولكن سرعان ما يثور التساؤل: التوحد مع من؟ وإذا كان توحداً فلابد أن يكون توحداً مع الذات وليس توحداً على إطلاق المعنى، ويشـار إليه أيضـاً بالاجترارية، والاجترار يشـير إلى اســترجاع المريض لأفكاره وذكرياته ومعلوماته والانحصـــار فيها، ولكن لهذا الاضطراب أعراض حركية واجتماعية وجسمية ولغوية.

ولهذا فاطلاق اسـم التوحد على ال **Autism** ليس صـائباً وذلك لسببين الأول: ترجمة **Autism**ليست التوحد ولكنها الذاتوية، لأنها اصلاً مشـــتقة من **Auto** بمعنى ذاتي، الثاني: اســـتخدمت كلمة التوحد كترجمة لحيلة دفاعية وضـــعها ســـيجموند فرويد في نهاية العشـــرينيات من القرن الماضي وهي**Identification**، ثم أتى اكتشاف ليوكانر للحالات الذاتوية في عام ١٩٤٣، أي بعد أن كانت كلمة التوحد قد أعطيت للحيلة الدفاعية المذكورة فلا يصح إعطاؤها مرة ثانية لمصطلح آخر وهو **Autism**.

وحتى لا يكون هنـاك خلط وغموض لـدى كـل من يتعـامـل مع الذاتوية **Autism** فإن معناه يشـــتق من الأصـــل اليوناني **Autos** وتعنى الذات **self**و**Aism** تعنى حالة الذات، والذات في اللغة العربية تعني ذات الشيء أي حقيقته وخاصته، يقال عيب ذاتي أي وخلقي وتعنى أيضا النفسي أو الشخصي، ويقال فى الأدب نقد ذاتي أي تقدير يرجع إلى آراء الشخص وانفعالاته.

أسباب التوحد / الأوتيزم :

للأوتيزم أســـباب عدة منها ما قبل الولادة ومنها ما هو أثناء عملية الولادة، ومنها ما هو بعدها، نعرض لهذه الأسباب سريعاً

- **أسباب ما قبل الولادة:**

أثبتت بعض الدراسات أ، الوراثة لها نسبة تعادل (٥٠%) تقريبا، وذلك بســـبب وجود جن وراثي من خلال كروموســـومـات الأب وكـذلـك كروموسومات الأم، ويرجع العلماء ذلك إلى وجود خلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين، حيث لخص أيضـاً الأسـباب الجينية في:

أ- أن نسبة وراثة اضطراب التوحد تتراوح ما بين ٣٦إلى ٩٦% بين التوائم المتطـابقـة، وتتراوح بين ٣ إلى ٩% بين الأخوة، وأقل من ١% بين الأقارب.

ب- أن ٤% فقط من حـالات التوحـد تقترن بـاضـــطرابـات جينيـة، ومعظمهم لا يظهر عليه الخلل.

ت- أن ٩٦% من التوائم المتطابقة يصـــابا بالتوحد لاشـتراكهم في نفس الجينيات والتوحد سببه جيني.

ث- لا يصـــاب الجنين بالتوحد وذلك لانتقال جينه واحدة فقط من أي من الأبوين وليس للاثنين معاً.

ج- أن التوحد يحكمه عدد من الجينات المتفاعلة معاً.

ح- أن درجة إخوة الطفل التوحدي يتأثرون بمقدار ونوع ذكاء أخوهم التوحدي من حيث الانخفاض أو الارتفاع فهم مثله.

خ- أن هنـاك علاقـة بين درجـة ذكـاء الأخ التوحـدي، والنمط الوراثي سواء بالنسبة للخصائص المشابهة واسعة النطاق، أو بالنسبة للتوحد.

د- تظهر خصائص الوراثة بشكل واسع النطاق بين الأخوة والأخوات بدرجة أكبر من وجودها في الآباء والأمهات للتوحديين.

ذ- اختلاف أنماط الوراثة ونســبتها باختلاف جنس المصـــاب بالتوحد ومعامل الذكاء الخاص به.

– اضـــطراب عملية التمثيل الغذائي: من خلال تناول بعض الأطعمة مثـل الجلوتين وهو متمثـل في البروتين الموجود في القمح والشـــعير، الشـــوفان،وكذلك الكازيين وهو متمثل في البروتين الموجود في بالحليب الحيواني الموجود في الألبان.

– **العوامل غير الجينية: ويتمثلفي:**

أ- إصــــابة الأم بـأمراض وهي في مرحلـة الحمل مثل (الحصـــبة الألمانية)

ب- تعرض الأم للأشعة **X-Ray**، وفيها تعتمد شدة الإصابة على:

١. كمية الأشعة التي تعرضت لها الأم الحامل.

٢. مدة الحمل أي عدد الأشهر او الأسابيع التي بدأ فيها الحمل.

٣. مكان تعرض الأشعة في جسم الأم الحامل.

ت- التعرض الأم الحامل للإشـــعاع وخير مثال على ذلك ما حصـــل للأمهات في هيروشـــيما ونجازاكي باليابان من تعرض الأمهات الحوامل للإشــعاع الذي امتد الأثر فيها إلى التركيب الوراثي للخلايا وليس لأنسـجة الجنين فقط.

ث- تناول الأم للعقاقير يؤثر هذا المعامل تأثيراً شديداً على الجنين فهناك أدوية ذات أثر خطير على الجنين ويتأثر بها.

ج- التلوث البيئي وهي من مشــكلات العصــر الحديث فهي خطر على صحة الانسان، وقد ثبت أن لها أثر سلبي على حياة الانسان العادي فما بالنا بأثرها على الجنين حيث ثبت أن لها أثر سلبي على الجنين في كافة مراحل نموه مما يعرضـــه لتشــوهات، وتعرض الأم للمواد الســـامه يؤكد على أن هناك إصابات بمرض التوحد سوف تظهر.

ح- التدخين والمخدرات لهما عظيم الأثر على الأم الحامل ويزيد من فرص الاصابة بالتوحد.

- **أسباب أثناء عملية الولادة:**

أ- أثناء عملية الولادة وســـهولتها أو إتمامها بشــكل ليس باليســـير (عســـر**الولادة**) فذلك يؤثر على إصـــابة الجنين بالتوحد من عدمه فنجد بعض الولادات تكون عسـرة لأسـباب منها: ارتخاء الرحم وضـعف قوته الدافعة، ووجود بعض الأورام في رحم الأم الحامل، انفجار الرحم بسـبب الطلق الشديد، كبر حجم الجنين.

ب- الولادة المبتسرة وتعني نزول الجنين قبل اكتمال نموه في بطن أمه.

ت- إصابات ميكروبية.

ث- نقص الأكسجين.

- **أسباب بعد عملية الولادة:**

يتأثر الأطفال بعد الولادة بعدد من العوامل التي تؤثر على نموهم فتسبب لهم الكثير من المشاكل والإعاقات -وقد ذكرنا ذلك سابقاً – ومن هذه:

أ- العوامل البيو كيميائية.

ب- اللقاح الثلاثي.

ت- خلل الجهاز العصبي المركزي.

إضافة للأسباب السابق ذكرها المتعلقة بعملية الولادة سواء قبل العملية أو إثناءها أو بعدها هناك أسباب أخرى نعرضها بإيجاز منها:

- أسباب نفسية وأسرية.
- تشبع جسم الطفل بالمعادن الثقيلة.
- اضطراب الجهاز الهضمي للطفل.

خصائص الطفل التوحدي:

تغفل أغلبية الأسر بحيث ليرون أن الحدث المريض بالتوحد ينمو ويكبر من الجانب الجنسي، ويرجع تجاهل الوالدين للنشاط الجنسي والحياة الجنسية للشاب أو الشابة المريضة بالتوحد لخوفهم من أن يخلف أبناء تتواصل بوجودهم حلقة المرض. فعلا فكلما فكر الأب أو الأم بأن ابنه أو ابنته أصبح بالغا ومن حقه أن يتزوج ويمارس حياته الجنسية وأن يصبح بدوره أبا أو أما كلما فكر في أسباب الإعاقة التي يشكو منها المريض وعاد به التفكير لحياته الشخصية والخاصة، فإن مرض الابن أو الابنة يرمى بظلال ثقيلة على الحياة الجنسية للوالدين.

يبدأ الوالدان الحديث عن النشاط الجنسي عندما يبلغ المصاب بالتوحد سن البلوغ (المراهقة) عندها يصبح المراهق المتوحد مؤهلا للحصول على معلومات تتعلق بالحياة الجنسية. والصعوبة في التواصل معه في عدم مقدرته علي استيعاب بعض المعلومات والقواعد لأنه لم يستوعب أشياء أخرى أولية.

فالمراهق التوحدي ينظر إليه كمراهق مريض وليس مجرد شاب احتياجات مثل غيره، فهو معتبر غير كامل إذن غير مؤهل للمرور بمختلف مراحل العمر، طفولة ومراهقة،وكهولة.

ويجب علينا أن نخاطب المراهقين المتوحدين عن الجنس لأن من حقهم علينا أن نحسن تعليمهم وعلاجهم ودمجهم في المجتمع، وبالتالي نحسن سلوكهم النمطي ويصبحوا في أحسن حال، لأن لهم الحق في الحياة، كما أن لهم حق في التزاوج والإنجاب طالما أحسنا تربيتهم تربية إسلامية.

فالحديث عن المسألة الجنسية تسمح للمراهق باكتشاف الاختلاف الجنسي بين الذكر والأنثى، وبالتالي يكتشف ذاته وجنسه، والحديث هنا يكون مصدر لإرضاء حب المعرفة والتعلم ولكن قد يكون أيضا مصدر للقلق للوالدين.

ويكون التطرق للموضوع بطريقة جزئية ذلك أن الإعاقة هي في حد ذاتها مصدر تساؤلات، ورغبات، وكذلك ثورة بالنسبة للشاب المراهق المتوحد.

يجب التطرق لموضوع الجنس من خلال الحديث عن الحياة مع الوالدين لكي نساعد المراهق المتوحد على تكوين صورة متكاملة عن هويته الجنسية، ويتخلص من الصورة المتكونة من شظايا غير متناسقة مع الذات.

ولا يملك الطفل التوحدي لغة تعينه في هذا التعبير ولا يفهم قواعد الحياء التي تصاحب مثل هذا التعبير ولا يتحكم حتى في العواطف التي يمكن أن يحس بها.

اهتمام المريض المصاب بالتوحد قليل بجسده فهو لا يحسن العناية به ولا يعرف حتى مما يتكون وقد يهمله أو يعذبه، فحدود الجسد غير واضحة بالنسبة له ولا يحسن استعماله. قد يأتي الطفل المتوحد بسلوكيات مثل التعري أمام الغير وذلك لأنه لا يدرك قواعد السلوك الاجتماعي ولا معنى الإثارة الجنسية.

والهدف من التربية الجنسية هو إعانة المريض على التعبير عن الأحاسيس والأفعال التي يريد القيام بها لكي يتمكن من ربط علاقات إنسانية متبادلة قائمة على الاحترام في جميع المجالات: الجنسي والعاطفي والاجتماعي. ويقوم المختص بهذه التربية بأن يصاحب الطفل أو المراهق ويعرفه عن جسمه من خلال اللعب والكلام وذلك عند العناية به وتنظيفه أو عند إعانته على لبس ثيابه أو عند القيام بنشاطات تعليمية.

ويجب الاهتمام في سن مبكرة من الطفولة بتعليم الطفل التوحدي ماهي السلوكيات المقبولة اجتماعيا وما هي غير مقبولة، وأي الأجزاء من بدنه يستطيع كشفها وأيها لا يستطيع، وأين يمكنه أن يتعرى، ومتى يستطيع أن يقبل ومتى ومن يلمس وأين ومتى يحدث أي سلوك يقوم به؟

وننبه أولياء الأمور والمعلمين والمتخصصين أن كل حركة وكل سلوك ولو كان عاديا أو بسيطا قد يتحول لطقس وعادة يمارسها الطفل التوحدي باستمرار لذا يجب الانتباه وإيقاف هذه الطقوس في بداية حدوثها بشتى الطرق والتدخلات السلوكية، وقد يقوم الطفل المتوحد برادات فعل غريزية ولا يمكنه التحكم فيها من خلال ممارسته لحركاته الطقوسية مثل إيذاء الذات وخاصة عندما يشعر بضغط ما أو بكيت ما.

ومن ضمن الأفعال الخطرة والمؤذية التي يمكن أن يقوم بها : ضرب الوجه بكف اليد بقوة شديدة حتى يحدث أو يترك علامات ، أو يرتمي على الأرض معرضا رأسه لصدمات مؤذية من الممكن حدوث نزيف دموي ، وعلى المربي الموجود مع الطفل أن يعرف متى يرد وكيف يرد لكي يمنعه عن مواصلة إيذاء نفسه ، ذلك أن الرد غير المناسب للتصرف العنيف قد يتسبب في تقوية عزيمة الطفل التوحدي على المواصلة ، ومن الممكن أن يتراجع التصرف العنيف لدى الطفل المتوحد عندما تنمو لديه الرغبة في التواصل مع الغير ومع المحيط وعندما يريد أن يفهمه الأخر فيستعمل أشياء مثل:

١ – التعبير بالنظر.

٢ –الشروع لغة خاصة من ألفاظ معنية.

٣ –الشروع في التعبير باللعب والتمثيل.

٤ – الشروع في تقليد الآخرين.

ونوضح أن أكثر من ٧٠%من الأطفال التوحديين قدراتهم العقلية متدنية تصل أحيانا من حدود الإعاقة العقلية، وتصل أحيانا أخرى إلى الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، وأن ما نسبته حوالي ١٠% منهم يظهرون قدرات مرتفعة فى الجوانب محدودة مثل الذاكرة، والحساب والموسيقى، والفن أو يظهرون قدرات آلية متكررة بدون استيعاب.

وتشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي، وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين، وحسب ما تشير بعض الدراسات فإن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال يتمتعون بدرجة المتوسطة من الذكاء فالمستويات المعرفية للأطفال التوحديين تتراوح ما بين٢٥% يعانون من توحد وتخلف عقلي شديد و٥٠%يعانون من توحد ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ %فأكثر.

وقد يظهر الأطفال التوحديين اضطرابات في الانتباه والنشاط الزائد والتشتت السريع وفقدان الاهتمام بالمهمات بعد وقت قليل من الانخراط.

وحيث إن الانتباه والتفكير والفهم والإدراك واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حالة اضطرابها، فإن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات واضحة في التفكير.

كما توصلت دراسات إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بعدية.

وفي أحيان قد يظهر الأطفال التوحديين صـــعوبة في تذكر الأحدث الشخصـية وتذكر الأفكار العامة ، ويبدو الطفل التوحدي كما لو أن الذاكرة موجودة غير مستخدمة ، وأحيانا يظهر بعضـهم تفوقا في بعض المهام مثل القدرة على تذكر مجموعة من الحقائق أو الوقائع دون جهد كبير ، فالطفل التوحدي يجد صـعوبة كبيرة في الإدراك والتعرف على الأشـياء المرئية ، فقد لا يعرف الطفل منزله من على بعد ، كما ترتقي القدرة لديه على فصـل الشـــكل عن الأرضـــية ببطء ، وعادة ما تجمع نظرته ما بين النظرية السريعة للأشياء ، وإعادة النظر لها مرة أخرى ، وتدوير أصابعه أمام أحد جانبي وجهه عند النظر السطحي للأشياء .

ويكون التعرف على الموضـــوعات متحركة بســـهولة وســـرعة من التعرف على الأشـــياء الثابتة، فقد يســـتطيع الطفل التوحدي التعرف على الحصان المتحرك الذي يراه في التلفزيون ولا يستطيع التعرف على صورة الحصان في الواقع.

ومن ذلـك نؤكـد على أن الأطفـال التوحـديين يعـانون من قصـــور أو اضطراب في إحدى الوظائف يؤثر بالضرورة على الوظائف الأخرى.

ويبدو الطفل المصـــاب بالتوحدية وكأنه يعيش في عالم خاص به منغلق على ذاتـه أو يعـانى من خلـل في نمو اللغـة، كمـا يصـــاحب هذا الاضـطراب أعراض سلوكية مضـطربة واستجابات انفعالية شـاذة ويظهر الطفل وكأنه أصـم، وهؤلاء الأطفال يحتاجون لعناية وصـبر وسـعة صـدر وقد يمثل ضغطاً على الوالدين والأخوة المتعاملين معه.

يعاني الأطفال التوحديون من نقص في إدراك أو تمييز الحالة العاطفية للأشـــخاص فمثلاً من الصـــعب على أم الطفل التوحدي أن تنظر إلى طفل عادى عمره ١٤ : ١٨ شـــهر يعرف هذا الطفل متى تشـــعر أمه بالحزن ويحاول أن يقترب منها ليحاول إسعادها قدر المستطاع أما طفلها التوحدي الذي في مثل سنه لا يفعل هذا معها ولا يميز بين انفعال الغضب أو الخوف أو السعادة التي تظهر على أمه، ويصـبح هذا واضـحاً أكثر حينما يكبر هذا الطفل.

وغالباً لا يفعل الطفل التوحدي شـيئاً حسـناً من أجل إسـعاد أحد أو لينال كلامه استحساناً من أحد ولكن يفعل الشـيء الحسن لإسعاد نفسه فقط، وغالبا ما يعاني آباء التوحديين التعاســـة من عدم المبالاة الظاهرة على طفلهم وعدم قدرتهم على فهم ما يعانيه الآباء.

كما أن بعض من الأطفال التوحديين قد يحبون أن يحتضـــنوا ولكن حينما يريدون هم فقط أي أن الطفل يميل أن يقرر متى يكون الوقت مناسـبا للحضـن أو العناق.

ويعاني الأطفال التوحديين من مشـــكلات في التعرف على مشـــاعر الآخرين أو التعرف على الحـالات العـاطفيـة للآخرين في المواقف الاجتماعية وقد قام بعمل اختبار ليقيس قدرة مجموعة من التوحديين على تفسير كيف يشعر الآخر، ذلك من خلال تعبيرات وجوههم أو نغمة صوتهم وكانت النتيجة أن هؤلاء التوحديين أظهروا فشـلاً بطريقة واضـحة مقارنة بغيرهم في نفس السن.

التوحد والاعاقة العقلية:

إن الأطفال المصـــابين بالتوحد نســـبة الثلث منهم لديهم ذكاء طبيعي الا أنهم عاجزين عن توصـــيلة الى الأخرين؛ نتيجة للصــعوبات الاجتماعية وصــعوبات التواصـــل لديهم وذلك طبقاً لاختبار الذكاء (**IQ** ، ونجد نسـبة الثلثين يحصــلون على درجات أدنى من المتوسـط فلديهم عدم قدرة أو عجز في الذكاء ، فنســبة ٧٠% من التوحيديين لديهم تخلف عقلي وحقيقة ذلك أن التوحد يمكن أن يحدث عند أي نقطة على طيف الذكاء .

يعـاني التوحـديون من التخلف العقلي بـدرجـات متفـاوتـة، ولكن المتخلف عقلياً عادة ما يكون لديه نقص عام في كل القدرات، وقد يكون هناك بعض العلامات الجسـمية التي تدل على التخلف؛ بينما التوحدي عادة ما يكون لديهم نقص متفاوت في القدرات وليس هناك أي علامات جسـمية، وهنا نستعرض الفرق بينهما كالتالي:

١-خاصية التعلق بالآخرين:

الطفل المعوق عقلياً ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعي اجتماعي نســبي؛ بينما الطفل التوحدي يفتقد التعلق بـالآخرين حتى مع النســبـة المتوسطة من الذكاء لدى البعض منهم.

٢ -خاصية العوق العقلي:

يفتقد الطفل المعوق عقلياً القدرة على التعبير اللفظي والادراكي والحركي وكذلك البصـــري؛ بينما الطفل التوحدي غير قادر على التعبير اللفظي ولديه قدرة محدودة للادراك الحركي والبصري.

٣ – خاصية التواصل اللغوي:

لدى ذوي العوق تواصـــل لغوي مع الآخرين محدود للغاية؛ بينما الطفل التوحدي لديه صـــعوبة في الاســـتخدام اللغوي وان وجدت اللغة فهي غير عادية وقد لاتكون مفهومة.

٤ – خاصية القدرات الجسمية:

يوجد لدى المعوق عقلياً عيوب وعجز جســـمي نســـبته أعلى عند الإعاقة العقلية؛ بينما الطفل التوحدي نسبة عجزة الجسمي أقل.

٥ – خاصية السلوك النمطي:

يختلف ذوي الإعاقة في سلوكهم النمطي بإختلاف العوق العقلي؛ بينما لدى التوحديين السلوك النمطي ظاهروحركاتهم كبيرة مثل التأرجح الذي يتم في صورة نمطية.

أثر إعاقة التوحد على أسرته وردود فعل الأسرة:

تشهد أسر الأطفال العديد من المشكلات والضغوط على كامل التنظيم الأسري والاجتماعي والنفسي وحتى الاقتصادي، كما أنه يؤثر على نمط العلاقات داخل الأسرة بين أعضائها وحتى علاقة الأسرة وبين أفراد المجتمع في حال ظهور حالة توحد.

تختلف المشكلات وردود أفعالها من أسرة إلى أسرة في ضوء عدد من العوامل منها:

أ- المستوى التعليمي والثقافي للوالدين.

ب- متانة وصعوبة العلاقة بين الوالدين.

ت- حجم الأسرة.

ث- جنس الطفل.

ج- الإلتزام الديني عند الوالدين والايمان بقضاء الله.

ح- درجة وشدة المشكلات التي تظهر على الطفل.

أما ردرود الفعل فهي تظهر منذ اللحظة الأولى التي يأتي فيها خبر إعاقة الطفل حيث تبدأ الشعور بالصدمة لشدة الخبر ووقع الأثر على الأسرة، وتنتاب الأسرة مشاعر الغضب والحزن والأسى والإحساس بالذنب والخجل والدونية واليأس ورفض الحقيقة والبحث بشراهه على العلاج السريع والشافي ويدور في ذهن الأسرة مجموعة من الأسئلة منها:

لماذا نحن؟

أ- ما أسباب وجود هذه الحالة في اسرتنا؟

ب- هل كان يمكن منع هذه الحتالة من أسرتنا؟

ت- هل هناك علاج لهذه الحالة؟

ث- ماذا يمكننا أن نفعل؟

ج- كيف يكون مستقبل طفلنا؟

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة :

يتمثل دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة في مستويات ثلاثة

المستوى الأول: يعنى بمنع حدوث الإعاقة.

المســـتوى الثاني : يعني بالكشــف المبكر عن الإعاقة واتخاذ جميع الترتيبات والاجراءات الكفيلة بتصحيح العجز.

المســـتوى الثالث : يعنى بتقديم البرامج والخدمات الصــحية والتأهيلية الازمة لضمان عدم تفاهم حالة العجز وزيادة شدتها.

اللعب والتوحد:

يحقق اللعب تفاعلاً نفسـياًلدى الطفل مع غيره من الاطفال فهم يسـتمتعون ببعض الألعاب التي تفرغ إنفعالاتهم؛ بما يجعلهم منســجمين مع غيرهم؛ وبما يؤدي إلى النضج الانفعالي للطفل ويكون أكثر تقبلاً لواقعه وأقرانه، ويتخلص كثيراً من من التوترات النفسية والانفعالية التي يعاني منها.

فاللعب هو نوع من العلاج حيث يمثل صـورة من صـور الاسـقاط خلال ممـارســـة الطفل للعب، فالهدف من العلاج بـاللعب هو إزالـة الألم الانفعالي الناتج عن الاســاءة من خلال الادوات التعبيريةوالخيالية المختلفة، كما انه يسـاعد الطفل على التعبير الذاتي ويجعله يسـتحضـر انفعالاته المخيفة ويواجهها.

طرق للعلاج:

لعلاج الأطفال التوحديون عدد من الطرق نعرض لها:

أ-البرنـامج التعليمي المكثف:

وهو ما يسمي **Early Intervention** حيث ان التدخل المبكر مهم جدا في السـن المبكرة ويتم ذلك بوضـع خطـة فردية للطفل على حسـب قدرته التعليمية.

ب-النشاطات التدريبة التعليمية الخاصة بالطفل:

ويعتمد على تحديد المهارات الضعيفة والقوية عند الطفل وكذلك العمر التطوري لهذه المهارات فهناك عدد من النشـــاطات المختلفة التي تعتمد على تقويـة المهـارات الادراكيـة (مهـارة تـآزر العين مع اليد-مهـارة الادراك الحسي السمعي والنظري -مهارة العضلات الصغيرة والكبيرة).

ج-الالتحاق بأحد المراكز المتخصصة ببرامج التدخل المبكر.

د-تنظيم البيئة:

ويقصد بها تنظيم الوقت للنشاطات المختلفة، وتستعمل الجداول في ذلك، وتصمم حسب قدرات الطفل، فهناك جداول نظرية على مستوى الاشياء وذلك يكون بتعليق الاشياء والمجسمات على الجدول مثل (تعليق البامبرز لوقت التدريب على الحمام -تعليق طبق صغير من البلاستك لوقت الاكل.إلخ).

هـ-جلسات التخاطب:

تعتبر جلسات التخاطب مهمة للأطفال التوحديين لتقوية الجانب اللغوي لديهم ويستعمل اخصائيين التخاطب البطاقات الملونة كوسيلة لتعليم الطفل الكلمات والجمل وكذلك ستطيع الاباء والامهات عمل جلسات لأبنائهم اضافة للجلسات التي يأخذها الطفل لدى اخصائي التخاطب.

و-علاج التوحد والحمية الغذائية:

يعطي علاج مرض التوحد بالحمية الغذائية نتائج ايجابية وتحسن عند بعضهم حيث ان نفاذية الامعاء عندهم للجلوتين من القمح والكازيين من الحليب لا يتم استقلابه في جسمهم بشكل طبيعي، وبعض المراجع تنصح عمل تحاليل فحص النفاذية للأمعاء قبل تطبيق الحمية الغذائية، بعضها الاخر يرى وضع الاطفال على الحمية دون فحوصات. بعض العائلات وضعت اطفالها تحت الست سنوات لمدة ثلاث شهور ولمسوا تحسنا على صحة اطفالهم، بعضهم استمروا لفترة ٦ شهور وخاصة اطفال فوق ال ٦ سنوات.

ي-البكتيريا النافعة او البكتيريا المفيدة في علاج مرض التوحد:

اعلن باحثون بريطانيون أنهم استخدموا بعض انواع البكتيريا المفيدة في علاج مرض التوحد حيث انه اذا تم تزويد جسم الطفل التوحدي بنوع البكتيريا النافعة (لاكتوبلاستيلاس) تستطيع ان تحد من اثار بعض انواع البكتيريا الضارة مثل (كلوستريديا) التي تنتج افرازات سامة في الامعاء ويتم امتصاصها وتسوء اعراض مرض التوحد.

وهناك بعض الوسائل التي تساعد على العلاج منها:

١. **العلاج الدوائي** ويستعمل لتخفيف حالات النشاط المفرد لدي البعض او الاكتئاب والخموللدي البعض الاخر وهو ليس بعلاج للتوحد بقدر ما هو محاولات لتنشـيط مراكز اخري فيالدماغ ولم يعطي هذا العلاجنتائج يمكن الاعتماد عليها وان اسـتعمل لا بد من متابعةدقيقة من الطبيب لئلا يكون هناك اثار جانبية.

٢. **العلاج السـمعي** وهو محاولة للتاثير على نوعية السـمع لدي الطفل وتركيزة.

٣. **العلاج بالاسـترخاء والموسـيقي** وهو محاولة لارخاء عضـلات الطفل وادخال الموسيقي كمؤثر خارجي على تركيز الطفل.

٤. **التدريب التعليمي المنظم** باسـتخدام وسـائل التعليم الخاص بالتوحد مع وضـع خطط مناسـبةلتعديل السـلوك ومتابعتها واشـغال وقت الطفل بنشاطات محببة الي نفسه وسنه وشخصيته.

٥. تنمي لديه الاعتماد والثقة بالنفس مع التركيز على مهارات التواصل المناسبة لكل فرد حسبمستواه وهو برنامج فردي يحتاج لجهد كبير.

٢- دور الاسرة والمجتمع الذي يحيط الطفل التوحدي في العلاج :

للاسرة وخاص الابوين وبقي افراد الاسرة والمجتمع الذي يحيط الطفل دور مهم واسـاسـي وله اثره في انجاح معالجة الطفل التوحديسـابقا وبعض المراجع لا تزال تعتمد معالجة الطفل التوحدي ببرامج تدريبة وتأهيل داخل مؤسـسـات او مراكز طبية لتدريبهم على السلوك والتفاعل بدون حضـور الاهل واشراكهم بشكل منهجي في المعالجة وبعد عودة هؤلاء الاطفال الى بيئتهم حدثت لهم انتكاسـة بسـبب عدم تفهم المحيط لطبيعة مرضـهم وكيفية التعامل معهمنجحت بعض البرامج التدريبة المطبقة الان والتي تركز على البئة والاهل وافراد الاسرة الذين سيتعاملون لاحقا مع هذا الطفل واشراكهم وتوعيتهم بهذه البرامج وكيفية تطبيقها ادى الى نتائج افضـلتأمين بيئة امنة وواعيـة لطبيعـة مرض التوحـد تعطي نتـائج افضــل في علاج مرض التوحد حيث يتفهم الطفل والاهل لطبيعة العلاقة بينهم وتجنب الاملاءات والتلقين في تعلم السـلوك والمهارات انما بـالمحـاكـاة والصبرنصيحة للابوين الذين يصبون الى وضـع افضل لطفلهم التوحدي ونجاح اكبر في المالجة ان يطلعوا ويلموا بطبيعة المرض وكيفية التعامل مع الطفل التوحدي وكذلك الأساليب الحديثة المستعملة في المعالجة.

والخلاصـــه أنه لاتوجد طريقة واحدة تصـــلح لجميع حالات الاعتلال للعلاج فيســـتعمل العديد من المعالجين وكذلك الأســـر عدة طرق في وقت واحد للعلاج تشتمل على:

أ- التعدبل السلوكي.

ب- طرق التعليم التركيبي.

ت- الأدوية.

ث- معالجة عيوب النطق والتخاطب.

ج- جلست المشاورة.

كما أن تحســـين المهارات اللغوية تحتاج إلى تدخل إخصـــائي النطق والتخاطب للتدريب على إخراج الأصـــوات، وتمرين أعضـــاء النطق على الحركة بشـكل سـليم بما يسـاعد بدورة علي تطور الطفل من مرحلة المص إلى مرحلة المضغ، مع قبول تنوع الأطعمة.

وتعتبر المتابعة والمراقبة أحد العناصـــر الهامة في جميع طرق العلاج، وبالنســبة للتغذية يحبذ وبشــكل دوري قياس الطول والوزن، وتقييم ســلوك التناول والاطعام المرتبط بالتناول الذاتي وقبول أطعمة جديدة ومتنوعة من حيث النوع والنكهة والقوام.

وهناك بعض الأنظمة الغذائية التي تســمى أو تعرف بأنها لعلاج التوحد – في الحقيقة لاتوجد أبحاث علمية أو صـــحيو أو طبية تدعم هذا الطرح فهي مجرد تجارب شخصية فلا يمكن تعميمها وتشتمل على:

١. الحميــة الخــاليــة من الجلوتين **Gluten**، والخــاليــة من الكــايزين **Casine**، وقد يؤدي إتباع هذه الحمية إلى ســـوء تغذية مما يمثل خطورة على صحة الحالة المرضية إن لم تكن تحت إشراف الطبيب.

٢. تناول الكائنات الحية الدقيقة والمفيدة **Probiotic**.

٣. تناول مكملات غذائية إضافية من فيتامين ب ٦ **(B6)**.

٤. عنصـــر الماغنســـيوم، فيتامين ج **(C)**، أو الزنك، أو الأحماض الدهنية الأساسية.

الفصل الخامس
اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد

مقدمة:

ينقسم هذا الفصل إلي جزئيين الأول يتناول اضطراب تشتت الانتباه،والجزء الثاني يعني بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال

الجزء الأول: ينقسم الانتباه من حيث مصدر استقباله إلى انتباه سمعي، وبصري، وشمي، ولمسي، وتذوقي. ويمكن أن تحدث عملية الانتباه من خلال حاسة واحدة فقط مثل عملية الانتباه البصري للصور، كما يمكن أن تشترك أكثر من حاسة في عملية الانتباه لمثير معين.

العوامل التي تؤدي إلى تشتت الانتباه:

تنقسم العوامل المشتتة للانتباه إلى:

١-العوامل الاجتماعية:

هناك عدد من العوامل الاجتماعية التي تؤدى إلى تشتت الانتباه لدى الطفل منها النزاع المستمر بين الوالدين، أو الصعوبات والضغوط الاقتصادية التي تعاني منها الأسرة. ويلاحظ أن الأثر النفسي لهذه العوامل يختلف باختلاف قدرة الطفل على التحمل والثبات.

٢-العوامل النفسية:

مثل عدم ميل الطالب إلى مادة معينة، وهذا يؤدى إلى تشتت الانتباه وعدم الاهتمام بهذه المادة الدراسية، والإكثار من السرحان وتشتت الانتباه عندما يبدأ بالمذاكرة في هذه المادة.

العوامل الجسمية:

مثل الإرهاق والتعب الجسمي، أو لعدم أخذ الجسم القدر الكافي من الراحة والنوم، أو لعدم الانتظام في تناول وجبات الطعام، أو لسوء التغذية، أو لاضطراب إفرازات الغدد الصماء، وهذه العوامل من شأنها أن تنقص حيوية الفرد وأن تضعف قدرته على مقاومة ما يشتت أنتباهه.

٤-العوامل الفيزيقية:

أهمها ضعف الإضاءة أو سوء توزيع الإضاءة بالغرفة التي يذاكر بها دروسه، وأيضا سوء التهوية، وارتفاع درجة الحرارة والرطوبة، وكذلك الضوضاء. وهذه العوامل تؤدى إلى سرعة تعب الفرد وزيادة قابليته للانفعال، وبالتالي ضعف قدرته على الانتباه.

وتشتت الانتباه (**attention deficit**) عبارة عن ضعف قدرة الطفل على الانتباه والتركيز في شيء محدد خاصة أثناء عملية التعلم وقد يأتي هذا الاضطراب منفرداً وقد يصحب بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية غير الموجهة.

وهذه الحالة لا تعتبر من صـعوبات التعلم ولكنها مشـكلة سـلوكية عند الطفل ويكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي النشـاط واندفاعيين ولا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق.

ويصـاب من ثلاثة إلى خمسـة بالمائة من طلاب المدارس بهذه الحالة والذكور أكثر إصـابة من الإناث ويشـكل وجود طفل مصـاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحي للأهل وحتى الطفل المصاب يدرك أحيانا مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته ويجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب والحنان والدعم وعلى الأهل كذلك التعاون مع طبيب الأطفال والمدرسين من اجل كيفية التعامل مع الطفل

والذي يزيد من خطورة تشـتت الانتباه لدى الأطفال هو تدهور الأداء المدرسـي لدي هؤلاء الأطفال ليس لأنهم ضـعيفي الذكاء، ولكن بسبب عدم قدرتهم على الانتباه والتركيز لما يقال في بيئة المدرسة.

والمشاكل السلوكية في إل **ADHD** عادة ما تظهر قبل سن سبع سنوات. وكثير من المدارس لديها أطفال يعانون من هذه المشـكلة. لكن المشـكلة الأكبر هي أن قلة من المعلمين لديهم المعلومات الكافية عنه. وعن كيفية التعامل مع الطفل.

فالأطفال الذين يعانون من كثرة النشاط الحركي ليسوا بأطفال مشاغبين، وعديمي التربية لكن هم أطفال عندهم مشكلة مرضـية لها تأثير سـيء على التطور النفسـي للطفل وتطور ذكاءه وعلاقاته الاجتماعية.ويواجه أهل هؤلاء الأطفال صعوبات كثيرة فبالإضافة إلي المجهود الكبير الذي يبذلونه في التعامل مع هذا الطفل، هم متهمين من قبل الجميع بعدم قدرتهم على التربية، وهذا بحد ذاته ضـغط نفسـي إضـافي. فينتج عن ذلك قسـوة على الطفل ولكن لا فائدة.

وكثير من الأطفال يكونوا في فترة من فترات حياتهم مشـاغبين ودرجة حركتهم زائدة بعض الشيء أو درجة أنتباههم ضعيفة نوعا ما.

لكن ما نتحدث عنه هن هو درجة غير طبيعية من النشـاط الحركي الزائد وضـعف التركيز تكون موجودة في أكثر من مكان مثلا في البيت والمدرسـة وليس فقط في موقع واحد. وتعتبر هذه النقطة جدا مهمة في التشخيص. حيث تفرقها عن أمراض نفسية أخرى.

التشـخيص في دول أوروبا وبريطانيا على حسـب تقسـيمة الأمراض النفسـية يشـترط وجود الثلاث أعراض...لكن في الولايات المتحدة لا يشـترط ذلك، لذا نرى أن نسـبة الإصـابة في أمريكا هي ١٠-٢٠% أكثر منها في بريطانيا حيث نسـبته ٥% فقط وذلك للإختلاف في شـروط التشخيص كما ذكرنا.

وأشـــار البعض إلى طرح آخر عن أســـباب اضـــطراب الانتباه وفرط النشاط الحركي:

أولاً: الأسباب المتعلقة بالمخ:

أن أسباب اضطراب الانتباه المتعلقة بالمخ قد ترجع إما لوجود خلل في وظائف المخ واما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية، أو لنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ وإما لضعف النمو العقلي.

ثانيا: الأسباب الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصـــابة الأطفال باضـطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ، وإما بطريقة غير مباشـــرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدى إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدى إلى ضـعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ولقد بينت العديد من الدراســـات العلمية أن (٥٠%) تقريباً من الأطفال المصـــابين باضــطراب الانتباه يوجد في أســـرهم من يعاني أيضـــاً من هذا الاضطراب، حيث أن معدل انتشاره بين هذه الأسر يكون مرتفعاً لدي الأطفال التوائم، كما أن معدل انتشـــاره لدى التوائم المتماثلة يكون مرتفعاً عن غير المتماثلة.

ثالثا: العوامل البيئية:

وتنقسم العوامل البيئية إلى الآتي:

أ-مرحلة الحمل

قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشـــياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضـة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه، وذلك مثل تعرضها لقدر كبير من الأشعة، أو تناولها لبعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

ب-مرحلة الولادة

هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسـبب في إصـــابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلي ضـــعف قدرة المخ على معالجة المعلومات، وينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصـــة بالانتباه والتحكم في الســـلوك مما يؤدى إلى إصـــابة الطفل باضـــطراب الانتباه.

ج-مرحلة ما بعد الولادة

أن إصـابة الطفل بارتجاج في المخ نتيجة لتعرضـه لحادث، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة، أو ضربه على رأسه، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية والالتهاب السحائي تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسئولة عن الانتباه والتركيز.

رابعاً: العوامل المتعلقة بالغذاء:

إن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضـــراوات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى إصابتهم باضطراب الانتباه، كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد الســكرية يؤدى إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط.

خامساً: العوامل الاجتماعية والنفسية:

مثل تعرض بعض الأسر لاضطرابات اجتماعية ونفسية تخل بالعلاقات بين أفرادهـا وتؤثر عليهـا ويكون الأطفـال أكثر عرضـــة لنتـائج هـذا الاضطراب، مما يؤثر على أنتباههم وتركيزهم.

كما أن دخول الطفل إلى بيئة جديدة كبيئة المدرســة دون تمهيد وتهيئة نفسية لذلك، قد يؤثر على انتباه هذا الطفل فيما بعد داخل المدرسة.

الأعراض والمظاهر المميزة لاضطراب تشتت الانتباه:

١. الشـــرود الذهني وضـــعف التركيز على الأشـــياء التي تهمه وعدم الاستجابة للمثيرات الطارئة بسهولة.

٢. كثرة التململ والتذمر والنسيان.

٣. عدواني في حركاته، وســريع الانفعال ومتهور، ومندفع دون هدف محدد

٤. ســرعة التحول من نشــاط إلى نشــاط آخر. وكأنه محرك يعمل دون توقف.

٥. عدم الالتزام بأداء المهمة التي بين يديه حتى أنهائها. وإذا ســـئل أجاب قبل انتهاء السؤال دون تفكير، ويتكلم بشكل مفرط.

٦. لا يســـتطيع أن يبقى ســـاكنا حيث يحرك يديه و قدميه، ويتلوى باستمرار ويضايق تلاميذ الصف، مع إشغاله بأمور سطحية أثناء الدرس.

٧. تأخر النمو اللغوي.

٨. الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب مع تدني مستوى الثقة بالنفس.

٩. اضطراب العلاقة مع الآخرين حيث يقاطعهم، ويتدخل في شؤونهم ويزعجهم بشكل متكرر.

١٠. عدم القدرة على التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح.

١١. يثار بالضحك أو البكاء العنيف لأتفه الأسباب.

***

مظاهر اضطراب الانتباه (ADD):

أحيانا يكون من الصعب جدا تشخيص هذه الحالة حيث أنها تتشابه مع أمراض كثيرة أخرى وتبدأ الأعراض عادة قبل أن يبلغ الطفل سن السابعة ويجب قبل وضع التشخيص استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفيةالأخرى.

يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التركيز ويكونون عادة اندفاعيين وزائدي الحركةوبعض الأطفال يكون المرض على شكل نقص انتباه دون فرط الحركة ويجب التذكر أن إي طفل طبيعي يتصرف بهذه الطريقة أحيانا أما الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه فهم دائما على نفس الحال من فرط النشاط.

وتختلف مظاهر اضطراب الانتباه لدي الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها، حيث نجدها في المراحل الأولى من العمر وفي مرحلة الطفولة المبكرة تأخذ المظهر العضوي، بينما في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة تأخذ الشكل السلوكي.

يجب التنبيه هنا إلى أن بعض الأطفال قد يصابون باضطراب الانتباه فقط دون النشاط الحركي الزائد، كما أن ما يظهر على بعض الأطفال من النشاط الحركي المقبول غير المصحوب بنقص الانتباه وتشتته لا يعد اضطراباً.

أنواع اضطراب الانتباه:

أولاً: تشتت الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد **(ADD)**:

لكي نستطيع أن نحكم على طفل من أنه يعاني من نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي، فلابد من استمرار أعراض عدم الانتباه لديه لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، وتكون قد بلغت درجة تعد غير متسقة مع مستوى نمو الفرد.

وأن توجد لديه ستة أو أكثر من أعراض نقص الانتباه التالية:

أ- كثيراً ما يعجز عن الانتباه الدقيق لتفاصيل الشيء، أو يقوم بارتكاب أخطاء إهمال في العمل المدرسي أو المهني أو الأنشطة الأخرى.

ب- كثيراً ما يجد صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام المكلف بها أو في أنشطة اللعب.

ت- كثيراً ما يبدو غير مستمع أو منصت عندما يتحدث إليه أحد بشكل مباشر.

ث- كثيراً ما يعجز عن إتباع التعليمات وأنهاء العمل المدرسي، أو العمل اليومي، أو مهام العمل المهني.

ج- كثيراً ما يجد صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة.

ح- كثيراً ما يتجنب أو يكره الاشتراك في المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً متصلاً (مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي).

خ- كثيراً ما يضيع أو يفقد الأشياء الضرورية لأعماله أو لأنشطته (مثل الواجبات المدرسية المطلوبة أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات).

د- غالباً سهل التشتت بالمثيرات الخارجية.

ذ- كثير النسيان خلال أنشطته اليومية.

ثانيا: فرط النشاط الحركي، والاندفاعية Hyperactivity Disorder:

لابد من وجود ستة أو أكثر من الأعراض التالية، وتكون قد استمرت ستة أشهر على الأقل.

أ- كثيراً ما يوجد تململ بيديه أو قدميه أو يتلوى في مقعده.

ب- كثيراً ما يترك مقعده في الفصل أو في مواقف أخرى تتطلب منه أن يبقى جالسا

ت- كثيراً ما يفرط في الجري أو التسلق في مواقف غير ملائمة.

ث- كثيراً ما يجد صعوبة في أن يلعب أو يمارس أنشطته بهدوء.

ج- غالباً ما يكون نشط بدون أن يشعر بالتعب.

ح- كثيراُ ما يكون كثير الكلام.

خ- الاندفاعية:

د- غالباً ما يندفع في الإجابة قبل اكتمال الأسئلة.

ذ- كثيراً ما يجد صعوبة في انتظار

كثيراً ما يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم (يتدخل في المحادثة أو اللعب).

وهذه المظاهر المرتبطة باضطراب الانتباه أو بالنشاط الحركي المفرط تكون في العادة ظاهرة في البيئات الطبيعية كالمنزل والمدرسة، ولكنها قد لا تكون واضحة في المعمل أو البيئة الإكلينيكية، ولذلك فتقديرات الوالدين والمعلمين فيما يتعلق بتكرار هذه المظاهر الدالة على وجود اضطراب الانتباه ضرورية من أجل الكشف الدقيق عن الاضطراب وتشخيصه.

ويجب الإشارة هنا إلى أهمية التنسيق والتناغم بين المنزل والبيئة الأسرية حيث يعتبران مكملان لبعضهما البعض، ويساعدان كثيراً في إمكانية متابعة سلوك الطفل وتعديله إذا ظهر أي اضطراب.

ويجب على الأهل بالمنزل الانتباه إلى ممارسات ابنهم اليومية والتي قد تكون السبب بشكل أو بآخر في ظهور اضطراب الانتباه لديه، وخير مثال على ذلك ما توصلت إليه دراسة طبية جديدة، والتي شملت أكثر من ٢٥٠٠ طفلاً في عمر عام إلى ثلاثة أعوام، من أن قضاء الأطفال الصغار لساعتين على الأقل يومياً أمام التلفزيون، قد يزيد احتمالات إصابتهم بمشكلات في التركيز والانتباه.

وكثيراً ما أوصت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، بضرورة الحد من الوقت الذي يقضيه الأطفال الصغار أمام شاشات التلفزيون، إلى أن توصلت الدراسة الجديدة إلى أول إثبات علمي، يربط بين التعرض للتلفزيون ومشكلات اضطراب الانتباه.

كما بينت هذه الدراسة أن الطفل في الثالثة من عمره، الذي يشاهد التلفزيون لساعتين يومياً يتعرض لخطر أعلى للإصابة باضطرابات التركيز والانتباه عند وصوله إلى سن السابعة بحوالي (٢٠ %) مقارنة بالطفل الذي لا يشاهد التلفزيون.

يجد الطفل كثير الحركة صعوبة كبيرة في التأقلم مع قوانين المدرسة ويجب أن يشرح وضع الطفل للمدرس بحيث يقدم له المساعدة ويفضل إبقاء الطفل المصاب ضمن مجموعات صغيرة من الطلاب وليس ضمن أعداد كبيرة وتذكر دوما أن الطفل المصاب بكثرة الحركة ونقص الانتباه ليس لديه نقص في الذكاء ويستفيد الطفل من الدروس القصيرة أكثر مما يستفيد من الدروس الطويلة ويجب أن يتعاون كل من الأهل والطبيب والمدرس والمرشد الاجتماعي في العلاج.

ويأتي دور المعلم بعد ذلك في حياة الطفل عندما يلتحق بالمدرسة، فإذا كانت البيئة المدرسية تتلاءم مع الطفل وتتقبل سلوكه، فقد لا يعد الطفل مفرط النشاط أو يعاني من قصور في الانتباه، وإنما ننظر إلى سلوك الطفل على أنه في الحدود الطبيعية وعلى أنه قابل للتعديل مع إجراء تعديلات في الفصل من نوع أو أخر.

مثال لذلك إذا كان لدينا بالفصل طالب لديه تشتت في الانتباه مصحوب بفرط نشاط حركي، فعلى المعلم أن يشركه في بعض الأنشطة المختلفة خاصة الرياضية منها والفنية حيث تعمل الأنشطة الرياضية على التنفيس عن الطاقة الزائدة لديه في شكل سلوك رياضي مقبول اجتماعياً، كما أن النشاط الفني ينمي لديه القدرة على التركيز والانتباه.

ولكن إذا لم تكن البيئة المدرسية مرنة فقد يعتبر سلوك الطفل مشكلاً وخارج نطاق سيطرة المدرس، وتكون النتيجة هي تفاقم سلوك الطفل وقد تتصل المدرسة بعد ذلك بوالدي الطفل وتقترح عليهم ضرورة التدخل العلاجي الطبي للطفل.

والمدرسة لها تأثير قوى وفعال في مساعدة الطفل، كما ذكرنا قد يكون المعلم أول من يحول الطفل إلى العيادة بعد موافقة الأهل في بعض الدول،فدراية المعلم بهذا الموضوع جدا مهمة.... حيث ردة فعله وتعامله مع الطفل يختلف عند معرفة سبب هذا السلوك.

وهنا نقول للمعلم: عزيزي المعلم لا أحد ينكر المجهود الجبار التي تقوم فيه. فعملك شاق يستنفذ كل الطاقات. ولكن مهارتك وإبداعك وتميزك عن الآخرين تكمن هنا في تغير مسار هذا الطفل الذي يواجه صعوبات مختلفة. فانت تعتبر الأساس في خطة العلاج... ففي بعض الأحيان وبسبب تعاون المعلم وتفهمه خطة العلاج السلوكي. نستغني عن العلاج بالأدوية.

التشخيص والعلاج :

يتم التشخيص عن طريق فحص الطبيب النفسي للطفل. فأعراض هذا لاضطراب تتداخل كما ذكرنا مع أعراض اضطرابات نفسية أخرى كالقلق، والتوحد وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى. أيضا من الضروري ملء بعض الاستبيانات وإجراء بعض المقاييس السلوكية من قبل أهل الطفل ومن قبل معلميه، حيث هذه تعتبر قاعدة مهمة لكل طفل لمعرفة تقدمه في العلاج. وكذلك الملاحظة الميدانية في المدرسة ومراقبة الطفل في الفصل وفى ساحة المدرسة.

وتتطلب معالجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه التعاون بين كل من الطبيب والأهل والمعلم والأخصائي النفسي، وذلك بتوظيف وسائل العلاج المختلفة الآتية:

أولاً: العلاج الطبي (الدوائي) :

ويتم ذلك في العيادة من قبل طبيب الأعصاب أو طبيب الأمراض النفسية، الذي يحصل على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة، وذلك عن طريق الوالدين وكل من له علاقة مباشرة في التعامل مع الحالة، وبعد التشخيص يمكن أن يصف له عقار ليساعده في التغلب على حالة نقص الانتباه.

ومن أكثر العقاقير الطبية استخداماً في علاج هذا الاضطراب الريتالين **(Ritalin)**، وأيضا البيمولاين **(Pemoline)** والذي يعرف تجارياً باسم سيليرت **(Cylert)**.

ثانيا: العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية.

وعادة يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال، ويتم ذلك من خلال تقديم معززات مادية ومعنوية لسلوك الطفل الإيجابي، مثل النجوم حال وقوع السلوك المرغوب، ومن ثم يتم استبدال هذه المعززات الرمزية فيما بعد بمعززات عينية مثل النقود والهدايا.

ثالثاً: العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي من الأساليب العلاجية الهامة في علاج اضطراب الانتباه، حيث يقدم للوالدين المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ويبين لهم الاضطرابات الانفعالية التي تصاحبه، كما أنه يقدم لهم بعض التوجيهات التي تساعدهم على التعامل مع طفلهم في المنزل، كما يقدم أيضاً بعض الإرشادات التي يمكن من خلالها مساعدة طفلهم على التخلص من هذا الاضطراب، أو تخفيف حدته، ومساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به.

رابعاً: العلاج التربوي:

إذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه، ولديه أيضاً صعوبات تعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة، كأن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، كما يجب أيضاً أن تكون الحجرة جيدة الإضاءة والتهوية.

أما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه بدون أن يكون لديه صعوبات تعلم، فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام الخاص في حجرة الدراسة العادية مع أقرانه الأسوياء، حيث أن تشتت الانتباه وضعف قدرته على الإنصات، وما يعانيه من اندفاع وفرط نشاط حركي، يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ومدى فهمه لها، ولذلك إذا استطاع المعلم السيطرة على هذه الأعراض أو تخفيف مستوى حدتها، وذلك من خلال استخدام المعلم لبعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب أنتباه مثل هذا الطفل والسيطرة على سلوكه، فإن مستوى التحصيل الدراسي سوف يرتفع لدى هذا الطفل.

وهناك أشياء يمكن القيام بها لمساعدة الطفل في تحسين أنتباهه توجز في التالي:

١) التشاور والتباحث مع المدرس:

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك فقط في المدرسة فقد يكون هناك مشــكلة مع المدرس في أســلوب شــرحه للدرس، وفي هذه الحالة لابد من مقابلة المدرس ومشاورته ومناقشة المشكلة والحلول الممكنة.

٢) مراقبة الضغوطات داخل المنزل:

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك في المنزل فقد يكون ذلك رد فعل لضــغوط معينه في المنزل، فإذا لاحظنا تشــتت الانتباه أو النشــاط الزائد أو الاندفاع لدى طفلك وأنت تمر بظروف انفصـــال أو طلاق أو أحوال غير مســتقرة، فإن هذا الســلوك قد يكون مؤقتاً، ويقترح الأخصــائيون هنا زيادة الوقت الذي تقضيه مع الطفل حتى تزيد فرصته في التعبير عن مشاعره.

٣) فحص حاسة السمع:

إذا كان طفلك قليل الانتباه وســـهل التشـــتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة، فعليك فحص حاسة السمع عنده للتأكد من سلامته وعدم وجود أي مشــكلات به وبعمليات الاســتماع، ففي بعض الأحيان رغم أنه يســمع جيداً يحتمل أن المعلومات لاتصل كلها بشكل تام للمخ.

٤) زيادة التسلية والترفيه:

يجب أن تحتوي أنشطة الطفل على الحركة والإبداع، والتنوع، والألوان والإثارة فمثلا عند مســـاعدة الطفل في هجاء الكلمات يمكن للطفل كتابة الكلمات على بطاقات بقلم ألوان وهذه البطاقات تستخدم للتكرار والمراجعة والتدريب.

٥) تغيير مكان الطفل:

الطفل الذي يتشــتت أنتباهه بســرعة يســتطيع التركيز أكثر في الواجبات ولفترات أطول إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً بدلاً من حجرة مفتوحة أو شبك.

٦) تركيز انتباه الطفل:

اقطع قطعة كبيرة من الورق المقوى على شكل صورة ما وضعها على مســـاحة أو منطقة تركيز الانتباه أمام مكتب الطفل واطلب منه التركيز والنظر داخل الإطار وذلك أثناء عمل الواجبات وهذا يســـاعده على زيادة التركيز.

٧) الاتصال البصري:

لتحسين التواصل مع طفلك قليل الانتباه عليك دائماً بالاتصال البصري معه قبل الحديث والكلام.

٨) الابتعاد عن الأسئلة المملة:

تعود على استخدام الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر البسيطة القصيرة أسهل على الطفل في التنفيذ .

٩) حدد كلامك جيداُ:

يقول جولد شتاين . الخبير بشؤون الأطفال: دائماً أعط تعليمات إيجابية لطفلك فبدلاً من أن تقول لا تفعل ذلك، اخبره أن يفعل كذا وكذا، فلا تقل (ابعد قدمك عن الكرسي) وبدلاً من ذلك قل له (ضع قدمك على الأرض) وإلا سوف يبعد الطفل قدميه عن الكرسي ويقوم بعمل آخر كان يضع قدميه على المكتبة.

١٠) إعداد قائمة الواجبات:

عليك إعداد قائمة بالأعمال والواجبات التي يجب على الطفل أن يقوم بها وضع علامة (صح) أمام كل عمل يكمله الطفل وبهذا لا تكرر الأعمال أكثر من مرة، وتعمل هذه القائمة كمفكرة، والأعمال التي لا تكتمل أخبر الطفل أن يتعرف عليها في القائمة.

١١) تقدير وتحفيز الطفل على المحاولة:

كن صبوراً مع طفلك قليل الانتباه فقد يكون يبذل أقصى ما في وسعه، فكثيراً ما نجد بعض الأطفال لديهم صعوبة في البدء بعمل ما والاستمرار به.

١٢) حدد اتجاهك جيداً:

خبراء نمو الأطفال ينصحون دائما بتجاهل الطفل عندما يقوم بسلوك غير مرغوب فيه، ومع تكرار ذلك سيتوقف الطفل عن ذلك لأنه لا يلقى أي انتباه لذلك والمهم هو إعارة الطفل كل أنتباه عندما يتوقف عن السلوك الغير مرغوب ويبدأ في السلوك الجيد.

١٣) ضع نظاماً محددا والتزم به:

التزم بالأعمال والمواعيد الموضوعة، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه يستفيدون غالباً من الأعمال المواظب عليها والمنظمة كأداء الواجبات ومشاهدة التلفاز وتناول الأكل وغيره، ويوصى بتقليل فترات الانقطاع والتوقف حتى لا يشعر الطفل بتغيير الجدول أو النظام وعدم ثباته.

١٤) أعط الطفل فرصة للتنفيس:

لكي يبقى طفلك مستمراً في عمله فترة أطول يقترح الخبراء السماح للطفل ببعض الحركة أثناء العمل. فمثلاً: أن يعطى كرة إسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله.

١٥) التقليل من السكر:

كثير من الأبحاث لا تحذر من السكر كثيراً ولكن يرى بعض المختصين أنه يجب على الآباء تقليل كمية السكر التي يتناولها الطفل فبعد تشخيص ما يقرب من ١٤٠٠ طفل وجد حوالي ثلث الأطفال يتدهور سلوكهم بشكل واضح عند تناولهم الأطعمة مرتفعة السكريات، وأثبتت بعض البحوث أيضا أن الطعام الغني بالبروتين يمكن أن يبطل مفعول السكر لدى الأطفال الحساسين له. لذلك إذا كان طفلك يتناول طعاما يحتوي على السكر فقدم له مصدر بروتين كاللبن، أو البيض، والجبن.

الجزء الثاني النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، الأسباب والعلاج.

يمثل السلوك الحركي الزائد نوعاً من القلق لدى كل من المربين القائمين على العملية التعليمية بالمدارس، ولدى أولياء الأمور الذين يبذلون قصارى جهودهم في المحافظة على لحظة هدوء قليلة داخل المنزل. وقد تبدو هذه السلوكيات مألوفة إلا أن الشخص المتخصص قد ينظر إلى هذا الصغير الذي لديه نشاطية زائدة على أنه طفل يحتاج للرعاية والعلاج.

بل لابد من فحص المريض إكلينيكياً بصورة أكثر عمقاً للتعرف على وظائف الأعضاء، وقد تتدرج إلى عمل رسم كامل للمخ، والحصول على مقاطع لتلك الأجزاء من الجسم التي يعتقد أنها السبب وراء النشاطية الزائدة لدى الطفل. أن الجهاز العصبي يلعب دوراً لا يستهان به في إحداث التوازن بين المثيرات البيئية الخارجية والداخلية، وما تطلبه من ردود أفعال تجاهها، ولعل أي عطب في هذا الجزء من الجسم سوف يصاحب بلا شك بخلل سلوكي قد يكون في صورة نشاطية زائدة.

فالنشاطية الزائدة ليست بالضبط إصابة مخية، أنما هي حالة من قصور أدنى في بعض وظائف المخ، أن لفظ أو مصطلح «حالة» كوند يشن، أو «اضطراب» ليست تقريباً ازدياد في حالة النشاط الحيوي، أو الحماس لدى الطفل، أو ارتفاع في روحه المعنوية التي تعتبر رمزاً للصحة في الأطفال الأصحاء.

أن الطفل الذي يعاني من فرط النشاط الحركي الزائد، لديه زيادة فيما لا طائل من ورائه، وزيادة ملحوظة في درجة القلق والتململ والعجز عن التفكير والتركيز، لا يمكن التحكم فيها بأي حال من الأحوال، عصبي، متهور جداً، مندفع وراء نزواته، لحوح جداً، مدمر وهدام، غير صبور، يتصف بالعدوانية في أغلب سلوكياته، مثير للشغب، قليل التحمل، متمرد، ولا يشعر بالسعادة.

إن هذا الصـــغير الذي يعاني من النشـــاط الزائد قد لا يتحمل الانتظار لدوره في اللعب، ولا يحب أن ينتظر لحظات بين طلبه للطعام وتقديمه له ، وإن حدث، نجد أن استجابته تتصف بالصراخ العالي والصياح والإزعاج الشـديد، وإذا أهمل هذا الطفل فإن شـعوره بالحزن سـرعان ما يتحول إلى ثورة غضب أو الانفجار بالضحك المشوب بالتشنج الشديد، وأن مثل هذا الطفل يصـعب عليه تكوين أصدقاء، ويتصـف بالرفض، حتى أن الطفل ذا النشاطية الزائدة يمكنه أن يتصف بالخوف الشديد والتقوقع داخل نفسه خوفاً من شـيء ما قد يحدث، ويتصـف أيضـاً بالأنسـحابية ، وقد يتطلب أحياناً التعرف ملاحظة دقيقة من شخص مجرب ومتخصص وذي تدريب عال.

وتشير كل الدلائل إلى وجود النشاطية الزائدة والقصور الأدنى لوظائف المخ كلها أدلة سلوكية، ومثل هذه المؤشرات لا تتصف بالموضوعية.

كما أنها غير دقيقة في التحديد والقياس إذا قورنت على سـبيل المثال بتحديد نسب الكولسترول في الدم مثلاً، ولكن ما يحدث هو أن يقوم المدرس بملاحظة بعض الأطفال الذين يتصـفون « بالنشـاط الزائد» داخل غرفة الفصـل، أو في فناء المدرسـة، أو هؤلاء الذين « يصـعب التحكم فيهم» أو هؤلاء الذين « يتحركون ولكن بدون هدف»، أو «غير متجاوبين» أو « سـخفاء»، « غير ناضـجين»، ويتصـف تقدير زملائهم لهم أو تقديرهم لأنفسـهم أنه « منخفض»، «وعدوانيين»، «وتظهر لهم نشـاطات جنسـية مبكرة».

إلى أي حد يمكن الاعتماد على مقاييس السلوك في الحكم على شـخص ما أنه سـوي، طبيعي أو عادي؟ بينما عند هذه النقطة يتصـف سـلوكه أنه غير عادي، أو ذو نشاط حركي زائد؟ وأين تكمن هذه الصعوبة؟ سؤال أخر يقلل من كفاءة الاعتماد على مثل هذه المقاييس في الحكم على الأفراد.

أن هذه الأحكام تتصـف بالذاتية التامة والبعد عن الموضـوعية. أنها ترتبط ليس فقط بالسلوك الذي نحن بصدده من الطفل-ولكن أيضاً باتجاهات الراشـدين الذين يقومون بملاحظة هذا السـلوك، والبنية الاجتماعية التي ينتمون إليها، والأسلوب الذي تعودوا أن يتفاعلوا به مع الآخرين، وعوامل النفس الاجتماعية، والاقتصادية التي تؤثر في سلوك الأطفال الذين يعيشون وهم محاطون بالكحولية وإدمان المخدرات، والسرقة، والعنف، والهستيريا، والإهمال، والنبذ وقبح المعاملة بين الوالدين، كما أن انطباعات الأخوة الكبار قد تؤثر بصورة ملحوظة في الصغار.

إن النشـاط الزائد يمكن اعتباره تجميع لعلامات أو مظاهر وأعراض تشير في مجموعها إلى حالة الشذوذ عن المألوف. ويمكن القول إن هؤلاء الأطفال الذين يتصفون بالنشاطية الزائدة لديهم على الأقل واحد أو أكثر من العلل البدنية المبهمة، كما أن هذا المكون يمكن التحكم فيه بالعقاقير المهدئة، إلا أنه إن لم يعالج، يزداد كلما ازداد الطفل في نموه.

إن النشـــاط الحركي الزائد ما هو إلا خلل في وظيفة الجهاز العصـــبي المركزي، وفي كثير من الأطفـال، فـإن الأعراض يمكنهـا أن تتحول وتتضخم أو يمكن أن تتقلص مؤقتاً باستخدام عقار دوائي معين. إلا أن فترة الراحة هذه لا تمتد إلا لسـاعات قليلة. فيها يحجب الدواء كثيراً من الأخطاء والمشكلات التي يمكن التعرف عليها.

ومثل هذه الرعاية الطبية المتمثلة في العلاج الدوائي قد تهمل المشكلات الحقيقة الأســاسـية التي نقوم باسـتيضــاحها لدى الطفل، ومحاولة التعرف عليها.

فما الذي يصيب الجهاز العصبي المركزي بالخلل؟

إن التكـامـل البيولوجي لـدى الطفـل مطلوب. ولعـل الفحص الانفعـالي للطفل يكون ذا قيمة كبرى في حالة خلو الطفل من أية أعراض عضـــوية، أو تسمم، أو خلل في التكوين البنائي لديه.

ويبدو وبوضـوح شـديد أن الحالة البيولوجية للطفل الذي يعاني من فرط النشــاط الحركي الزائد لديه ينبغي أن تسـتوضـح من قبل وضـعه في نظام علاجي، قد يريح الطفل مؤقتاً لكنه يخفي الأسباب الخاصة باضطرابه.

والأمر الذي ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن الطبيب أو الممارس العام لا نتوقع منه أن يذهب في التشـــخيص إلى ما هو أعمق من الفحص البدني العام، حتى أن أكفأ المعلمين لا يمكنه أن يقوم بهذه المهمة.

فاسـتنزاف الطاقة في جعل الطفل هادئاً، وذا تركيز عال داخل الفصـل، وعقابه على سـلوكياته هي كلها تضـيف عبئاً شـديداً وغير محتمل بالنسـبة لهؤلاء الصـغار. أن صـعوبات التعلم تعني بدقة أن التلميذ الذي لا يسـتطيع التعلم، غير قابل للتدريس له، أو على الأقل لا تنفع معه الأســاليب العادية في تدريسه كالتلاميذ العاديين.

ولقد أوضـح المربون في مجلات تربوية متخصـصـة صـدقاً في الرأي، وأنفاقاً في الإحســاس العام في تعليقاتهم وتوصــياتهم بخصـــوص التلاميذ الذين يعانون من فرط النشــاط الحركي الزائد. أوضــحت التقارير أن عدد هؤلاء التلاميذ يصـــل إلى ٣% من بين أطفال المدرســـة، وذلك في عام ١٩٧١م. ووصـل هذا التقرير إلى ١٠% لكل الأطفال في الأعمار المختلفة ووصل الرقم في نهاية ١٩٧٤م إلى شـيء مذهل ومخيف، حيث كان ٤٠% تقريباً. ولعل هذا الرقم قد ينشـأ من ضـم حالات «صـعوبات التعلم» لحالات النشاطية الزائدة.

نجد أن غالبية الأطفال الذين يتم تشـخيصـهم ووصـفهم أنهم ذوو نشـاطية زائدة خلال المدرســـة، لديهم تقلص شـــديد في عملية التعلم، أن الغالبية العظمى من هؤلاء الذين يوصــفون بأن لديهم قصـــوراً في وظائف المخ أو لديهم صعوبات تعلم.

إن من بين أسباب النشاطية الزائدة هو تأخر مفاهيم النضج التي أعتبرها الكثيرون على قدر من الأهمية، و هذا قد يؤكد احتمالية زيادة الطفل في نشـــاطيته الزائدة بازدياد نموه، وإذا كان هذا الاعتقاد صـــادقاً، فلابد من التحكم فيه بالوســائل المتاحة حتى لا يضــيع ما قد يود الصــغير أن يكون جاهزاً له في حياته المستقبلية.

ولقد بدأت تتجمع بعض الأدلة والشــواهد من أن النشـــاط الزائد لا ينمو بزيادة مراحل النمو.

إن الكثير من حالات النشـــاط الزائد والتي تمت علاجها في الطفولة، لا يزال الأطفال يعانون من صعوبات شديدة عند بلوغهم مرحلة المراهقة، بما فيها أيضـــاً المشــكلات الســلوكية: العلاقات غير الســوية مع الأســرة أو الأصدقاء، والاصطدام العنيف مع القانون.

فإن النشـــاطية الزائدة لا ينتهي تأثيرها بوصـــول الطفل إلى مرحلة المراهقة، إلا أن المراهقة تبدو ملحوظة في بعض مظاهرها لدى هؤلاء الأفراد في أعراض مثل: القلق الشـــديد، عجز التركيز أو التفكير، التهور، وضعف الاستقرار الانفعالي. بالإضافة إلى انخفاض التحصيل، وصعوبات الانتباه، وانخفاض مستوى التقدير للذات، والاكتئاب.

فلقد وجد أن هؤلاء الأطفال ينتمون للســلوك الاجتماعي، وأنهم يعانون من تخلف تعليمي شــديد، كما أنهم يوصــفون بالاكتئاب، فإن حالتهم أشــبه بالكحوليين، والهستيريين، وربما يكونون أقرب للذهانين.

ولقد أوضـــح أن المعاملة والرعاية التي يتلقاها هؤلاء الأطفال من ذوي النشـــاطية الزائدة من أي نوع تؤثر في المدى البعيد على نواتج ســلوكيات الأطفال ذوي النشــاط الزائد. أن المشــكلة جد خطيرة، والمشــكلة أن هناك الألوف من أطفالنا منغمسون فيها ويعانون من كارثة عقلية، وحياتية.

أسباب النشاطية الزائدة:

ســاد الاعتقاد أن من بين أطفال رياض الأطفال والأطفال في الصــفوف الأولى من المرحلة الابتدائية، أن الكثير من الذكور عن الإناث يتصـــفون بالنشـــاطية الزائدة. أن الذكاء العادي يجبرنا على أن نقول بأن احتمالية الإصـــابة بالنشـــاطية الزائدة نتيجة هذه العوامل ليكن نســبتها للذكور بقدر نســبتها للإناث، وإذا رجعنا للنســبة ٣: ١، بأن أحد الذكور المتصـــفين بالنشاطية الزائدة سوف ينتج من نفس الأسباب التي قد تؤدي بالأنثى، كما أوضـحت كلمات أحد التربويين البارزين أن ٣١ من ٣٢ طفل في دراســة مدينة فرانكلين كانوا ذكوراً، والســبب الرئيســي في ذلك كان كروموســوم مرتبط بعامل الجنس. هذا فإنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار نظرة مجتمعنا بأن الذكور أكثر عدوانية، ويحتاجون رعاية أكثر من نظائرهم الإناث.

لكن كل ما يمكننا افتراضه هو: ـ

١- أن عدد الذكور المصابين بالنشاطية الزائدة أكبر من عدد الإناث المصابات بالنشاطية الزائدة.

٢- أن الزيادة قد لا تكون بالضرورة مرتبطة بحوادث الميلاد أو مركبات السليلات أو مكسبات الطعم والنكهة واللون الصناعية.

٣- لا يوجد من الناحية الفسيولوجية سبب جوهري وراء ظهور النشاطية الزائدة أو صعوبات التعلم المعروف تواجدها لدى هؤلاء الذكور أكثر من الإناث.

٤- أن السبب، أو جملة الأسباب قد تكمن في عوامل أخرى غير عامل الذكورة والأنوثة.

أن نموذج التربية السلوكية للذكور الصغار يشجع على اكتساب الرجولة في عمر مبكر، والاعتماد على النفس.

من المميز لسبب النشاطية الزائدة أن الوالدين لا يمكنهم التعرف على الأسس الفسيولوجية لسلوك أطفالهم. وأن التخمين في تشخيص النشاطية الزائدة ليس له فائدة، والحقيقة أن توجيه العلاج، أو مكسبات الطعم قد لا يكون له تأثير ولا يبرهن على أن الطفل قد خلا من هذه الأعراض، أن التشخيص الذي يتعامل ويتقابل بما يحقق هذه المطالب قد يأخذ ويستهلك وقتاً طويلاً عما يفطنه الممارس العام الذي يمضي وقته مع حوالي من ٢٠ حالة تقريباً في اليوم الواحد، علماً بأن التشخيص الفارق يتطلب اتساعاً في وقت العمل، وأدوات وتجهيزات متقدمة جداً، وفنيين للتعامل مع هذه الأجهزة والأدوات.

ولابد من مقاييس طبية جديدة ومناسبة يتم توصيفها للطفل ذي النشاطية الزائدة تبدأ من خلال الفحص النفسي والعصبي. أن العلاج قد يحتوي جزئه الطبي الذي يقود إلى التحكم في السبب الرئيسي.

وقد يكون للنشاطية الزائدة مصادرها المبهمة والتي قد تقود إلى السلوك غير الطبيعي من المريض، والذي يصعب على الطبيب أو القائم بالعلاج أن يتعرف عليه. وقد يحدث ذلك بسبب الخلط بين المعلومات القديمة، والأسباب الراهنة والشكوى الحالية للمريض. إن الإصابة التي قد تحدث في سني الطفولة من الممكن أن تكون جذوراً لصعوبات التعلم، ومشكلات سلوكية قد لا يمكن اكتشافها حتى يفاجأ الطفل بالضغوط الشديدة داخل غرفة الفصل.

وحين نتناول التاريخ الطبي للطفل ذي النشاطية الزائدة، فإن القائم بعملية التشخيص لا بد أن يكون متنبهاً لاحتمالية أن هذا الصغير قد يكون متأثراً بفترة المرض التي طالت أكثر من المتوقع، أو عودة المضاعفات التي وجدت عقب الأمراض التي أصيب بها في الطفولة المبكرة.

وفي الحقيقة أن بعض المضـــاعفات التي قد يســببها فيروس، حتى تلك التي يحصــل عليها الطفل من اللقاحات العادية والأمصــال قد تكون احتمالاً لأحد الالتهابات في المخ، أو ســبباً وراء التهاب حاد في النخاع الشــوكي، وقد يمكن أن تكون مصحوبة باختناق أو زلزلة عنيفة في شخصيته.

إن نمط الأكل، ونوعية الطعام هي الأخرى تعتبر بمثابة مجال واسع في عملية التشــخيص. أن ما تأكله يدل على أي شــخص تكون، كالأصــول العرقية والثقافية، ومستوى الدخل وأعمارنا، ويمكن أن نقول أن الأطفال قد يكونون هدفاً لنفايات صناعة الأطعمة.

أن مصدر الاضطراب المجهول، أو الغامض لدى الطفل قد يكون كافياً في عمليات البناء الجسمي «الميتابوليزم»، والتي قد تكون خلقية وقد يكون هذا هو السبب، أن القائم بالتشخيص يطلب بيانا عن، واستفساراً بخصوص التاريخ الإكلينيكي للوالدين.

ومن الأســباب التي قد تعود إلى حالة النشــاطية الزائدة، الإصــابات الشــديدة لكل من الدماغ والعنق، بالرغم من أن هذه العوامل من الصــعب تأكيدها إذا استقرت ولم يتم التعرف إليها أو اكتشافها.

ويشتهي هؤلاء الأطفال الأطعمة الغريبة، وقد تلاحظ أن هؤلاء الأطفال لديهم نسبة عالية من الرصاص نتيجة تناول مثل هذه الأطعمة الغريبة.

إن الشهية الزائدة لتناول الأطعمة الغريبة ممكن أن تكون أحد الدلائل أو المؤشــرات إلى اضــطرابات الصــحة والتي ينبغي أن يتم التعرف عليها وفحصها وعلاجها.

كما تتم ملاحظة إذا كانت الشهوة الشديدة لوضع المواد الغريبة في الفم أم لا من جانب الوالدين، فهي تعتبر جزءاً مهماً من الوالدية الحســنة في رعاية الأطفال حتى يمكنهما من التعامل مع احتمالية انخراط الطفل في حوادث التسمم.

نسبة أعداد الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد:

للأسف، أن عدد حالات النشاطية الزائدة غير معروف سببه أذا كان من الهواء وما فيه من ملوثات، أو من حوادث الســقوط من أماكن مرتفعة، أو إصــابات في أجزاء الجسم، أو أي قصــور فسيولوجي، أو أن كانت ترتبط بخلل في بناء الجهاز العصــبي المركزي، ذلك لأن الأرقام الموجودة والمسجلة لدينا تعودت أن تفكر في النشاطية الزائدة على صورة اضطراب حيث يتم تحديدها وتقسيمها وفقاً لأعراضها.

ولقد رأينا أن إحدى الجهات المسئولة توصي بحبوب معينة، مثل الحبوب المنشطة، والمهدئة، كما لو كانت النشاطية الزائدة هي دائماً حالات بسيطة ومتماثلة، لذا فإن العلاج يمكن أن يوصف لكل حالة بنفس الأسلوب، والجرعات، والبعض من التربويين والعلماء يفكر في النشاطية الزائدة كنقطة تحول ينبغي أن يتم دراستها وعزلها وعلاجها من خلال أسبابها المتنوعة والمتعددة. من أجل ذلك، فإن ما ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن كان الطفل ذو النشاطية الزائدة هو فعلاً زائد بدرجة كافية أن يهدأ من خلال العقار الطبي.

والاتجاه السائد الآن هو أن سلوك النشاط الزائد، عندما يرتبط بخلل واضح في المخ والأعصاب، لا يمكن وضعه في قائمة النشاطية الزائدة، ولكن سيتم وضعه كأحد الأمراض النوعية وفق رأي دينيس كانتول في كتابه بعنوان: الطفل ذو النشاطية الزائدة: التشخيص، والتعامل معه، والبحوث المتعلقة به، حيث اعتبر« أن النشاطية الزائدة توجد فقط إذا لم يتم تحديد سبب فسيولوجي أو نفسي لدى الطفل. وعملياً نجد أن هذه الخطوة للأمام سوف تشكل اتجاهاً في علاج النشاطية الزائدة لدى الأطفال بعقاقير مهدئة، وبذلك يصبح خطوة بعيدة عن كشف أو علاج جملة الأسباب التي تقف وراء النشاطية الزائدة.

إن الآباء لأطفال يعانون من النشاطية الزائدة قد يكون لهم ارتباط ببعض إصابات المخ، أو ببعض الأمراض التي تهاجم الجهاز العصبي المركزي، ولابد أن يكون لهم دور في الكشف عن العوامل الفسيولوجية التي يمكن أن تؤثر في نواتج مثل هذه الإصابات أو الأمراض.

وفي السنوات الأولى من حياة الصغير، نجد أن المخ البشري لديه طاقاته التي تتطلب النمو والتطور، لذلك فإن صعوبات القراءة التي تتسبب من المخ ومشكلاته قد يمكن علاجها في الطفولة المبكرة. وكقاعدة فإن الإصابات التي تؤثر في نمو المخ لهذا الطفل الصغير قد تشير للاتجاه الذي سوف تسير فيه تلك الرعاية الطبية لعلاج الإصابة المخية التي قد حدثت للطفل، وبالتأكيد فإن هذه الرعاية الطبية تعتمد على نوعية التشخيص للمشكلة من خلال فحص البيئة الفسيولوجية التي يتمتع بها جسم هذا الطفل.

بعد أن تعرفنا إلى أسباب ونسب النشاط الزائد للأطفال نستعرض الآن طرق العلاج المختلفة.

طرق العلاج:

أ. العلاج بالتنميط:

لقد تم استخدام أسلوب دومان – ديلا كاتو في النشاطية الزائدة وعسر القراءة. كانت في صورة تدريبات علاج طبيعي، يتم تنفيذها بالمنزل بالتعاون مع أحد الوالدين أو كلاهما، وبمساعدة الأقارب من الراشدين، أو أصدقاء الأسرة. ولقد تم تدريب الوالدين عن طريق برنامج دومان – ديلا كاتو، وكان يطلب منهم تنفيذ البرنامج كما هو مخطط له تماماً، أربعة مرات يومياً، سبعة أيام في الأسبوع.

كما أن أحد الوالدين من الضروري أن يحضر كي يمسك برأس الطفل بإشراف أثنين آخرين من المساعدين يتولى أحدهما اليد والساق اليسرى للطفل، والثاني يتولى مهمته في الجانب الأيمن، والخطوات العلاجية هي أن يقوم الطفل في أسلوب منظم بعمل تدريبات الحبو والزحف على البطن كما يفعلها أطفال الخمس أو السبع شهور.

وجزء رئيسي في البرنامج أن يظل بعض الأطفال بدون تحرك يوماً كاملاً على الأرض في وضع المنبطح علي وجهه، الاستثناء الوحيد المسموح به لحركة الطفل هو وقت التغذية، أو تقبيل الطفل، أو إعطاء علاج للطفل، وتم استبعاد بعض الأسر من هذا العلاج ذات الأب الواحد، وكذلك الأسر ذات الوالدين الذين يعملان في مكان بعيد عن المنزل، والأسر الفقيرة التي يتصف بلاط أرضيتها بالقذارة أو البرودة، وكذلك المباني التي تصلها حشرات زاحفة.

ولتكملة العلاج بالتنميط، كان على الطفل التدريب على العودة إلى الوراء، والذي كان سمة رئيسية في العلاج، ولأداء ذلك قام فريق دومان – ديلا كاتو بتدعيم إدراكات الطفل على جسمه عن طريق التطبيقات المختلفة كالعزل والتدوير وكذلك التطبيقات الأخرى للتزويد بتدريبات تساعد على تنفس أفضل لزيادة السعة الحرارية.

وظلت هذه الطريقة التي أبتكرها دومان – ديلا كاتو لليوم بنفس الأسلوب الذي بدأت به – برنامج للعلاج الطبيعي المكثف. ولا يزال الحبو والزحف على البطن هو الأسلوب الأمثل في علاج الأطفال الذين يعانون من إصابات مخية. والسوائل التي يتم إعطاؤها في حالات العطش نتيجة الجهد البدني المبذول ظلت ٢٠أوقية أو أقل في معظم الأطفال تحت سن ٨سنوات إلا إذا كانت هناك بعض الضرورة لزيادتها.

وبالتأكيد فإن العطش الزائد في الطفل ذي النشـــاطية الزائدة قد يكون عرضـاً في غاية الأهمية، ولكن الاستجابة أيضـاً بالتأكيد لا يمكن أن تكون تحديد كمية السـوائل التي يشـربها. وبالإضـافة لذلك فإن العطش الزائد قد يكون عرضاً هاماً في تشخيص مرض لم يتم التعرف عليه لدى الطفل، فقد يكون مؤشـراً لاضـطرابات التمثيل الغذائي لديه، والتي قد تكون هي الأخرى سبباً أو أحد الأسباب وراء النشاطية الزائدة لديه.

أن الوالدين الذين يرغبان في انقاذ طفلهما من ظلام النشـاطية الزائدة والقصـور المصـاحب له لابد أن يتريثوا ويفحصـوا جيداً اختيارهم للطبيب المعالج، وأن الوالدين الذين لديهم طفل ذو إصـابة مخية لابد أن يعلموا أن الطرق المتقدمة والحديثة لا تعني التشـخيص على أسـس من النظريات الافتراضـية. أن الأخصـائي في الطب العصـبي اليوم لديه أدوات وأجهزة متقدمة وحديثة جداً، فالعلوم الطبية تخطت اليوم مرحلة الحبو والزحف على البطن.

ب. القهوة:

تنجح القهوة كأسلوب تسكين لأعراض النشاطية الزائدة نظراً لاحتوائها على الكافيين الذي يعتبر منشـطاً فعالاً يؤثر في الجهاز العصـبي المركزي بنفس طريقة عمل عقاقير الامفيتامينات تقريباً ولا شـك يوجد فروقات جوهرية واضحة بين الأسلوبين.

فكوب واحد من القهوة في الصباح وأخر عند منتصف النهار قد لا يفقد الفرد شـهيته للطعام، أو يسـبب نقصـاً في الوزن، أو يقود إلي التهور وآلام المعدة فحسب، بل ثبت أنه مصدر تهديد منذ زمن بعيد بالنسبة للأطفال.

كما أنها تسـرع من عضـلات القلب، تسـبب ارتخاء للشـريان التاجي والشـعب الهوائية، وتؤثر في التنفس، والأوعية الدموية لمراكز العصـب الرئوي المعدي في النخـاع، كما أنـه يؤثر في عضـلـة القلب، والأوعية الدموية، الدورة الدموية، وضـغط الدم وجدار المثانة، والعضـلات الإرادية في الجسـم، وعملية التمثيل الغذائي. وأزمات قلبية، ووجود سـرطانات في المثانة، وكان المتهم في هذا هو الكافيين نظراً لأنه يسبب تغييراً في الخلايا داخل الأنسجة.

ج. الجرعات المتزايدة من الفيتامينات:

لقد وجه بولنج النقد للعلاج النفسـي، وقام باسـتحداث فرع جديد للعلاج اسـماه **Orthomolecular Psychiatry** إلا أن هؤلاء العاملين في مجال الصـحة العامة يدركون من أول وهلة أن هذا الباحث من اشـد المدافعين عن الجرعات المتزايدة من فيتامين (**C**)، اللازم لمنع الإصـابة بنزلات البرد.

وفيتامينات(ب) المركبة كلها تذوب في الماء بمثل كيفية ذوبان فيتامين(سي).وهذا الفرع الذي استحدثه بولنج في الطي النفسي يعتمد إلى صرف هذه الجرعات المتزايدة من فيتامين(ب) المركب لعلاج الأمراض العقلية خاصة الفصام، وأيضاً في علاج إدمان الكحوليات والاضطرابات العقلية الناشئة عن إدمان الأدوية والعقاقير، أن الكثير من الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة الأمريكية في الواقع المتصيد للعيوب، فعلى الأقل توجد فئة صعبة المراس من بين الأطباء النفسيين بالرغم من أن من ذهب إلى ابعد من الدفاع عن الجرعات الزائدة لفيتامينات الدهون الذاتية مثل(أ) (د)، (E)، (K) .

وهذه الفيتامينات لا تفرز كالفيتامينات الذائبة في الماء، لكنها يتم تخزينها في الجسم. ولقد أوضحت السجلات الطبية خطورة تناول جرعات عالية وغير مناسبة من هذه الفيتامينات. أن قصور فيتامين (أ) يمكن أن ينشأ عنه اضطرابات في النظر والعيون والتي على المدى البعيد يمكن أن تصيب صاحبها بالعمى، كما أن الجرعات الزائدة من فيتامين(أ) لفترات طويلة يمكن أن تصيب صاحبها بالرعشة، آلام في المفصلات، تزيد سمك العظم، ترفيع خصلة الشعر وجعلها جافة، والنمو المتخلف للأطفال، الأعراض المصاحبة لإصابات المخ، وحتى يمكن أن تظهر في تشققات أو قشور، وقد يكون هناك شلل في بعض العضلات.

إن الجرعات الزائدة من فيتامين (D) يمكن أن تكون سامة وقد تمتد لأعراض من القلق، الصداع، الاكتئاب، والذهاب إلى العطش المتزايد والبول الكثير، بالرغم من أن فيتامين (ب ٣) يذوب في الماء فإن رابطة الطب والعلاج النفسي أوضحت تأثيرات سامة في المرضى الذين يستخدمون جرعات كبيرة من فيتامين (ب ٣) لفترات طويلة وقد يمتد هذا ليشمل قرحة الاثني عشر، والوظائف غير العادية للكبد، وزيادة عن العادية لحمضية اليورك في سيرم الدم.

وقد يكون هناك بعض التبرير وراء استخدام جرعات متزايدة من الفيتامينات لعلاج الأطفال أو «ذوي النشاط الحركي الزائد» أو « القصور الأدنى لوظائف المخ» «ذوي النشاطية الزائدة» أو الذين يعانون صعوبات في التعلم، فيتامين(ب١) هو الأخر لابد أن يكون موجوداً بالجسم لتخليق بيو كيميائيا أنزيم مساعد، الذي يعتبر ضرورياً جداً في التمثيل الغذائي للمواد الكربوهيدراتية، فإن شهية الطفل الجيدة، والوظائف الجيدة للأمعاء، والأداء الجيد للشريان التاجي والجهاز العصبي، كلها تعتمد على وجود هذا الفيتامين، وقد ينشأ عن الخلل في هذا الفيتامين نزيف في غشاء المخ الذي يمكن أن يعقب متتالية من الكحوليات.

أن صحة الجسم لا يمكن تدميرها بجرعات متزايدة من الفيتامينات، ولقد شرح دكتور هير بارت أن أي فيتامينات يتم تناولها بوفرة، خاصة تلك التي تذوب في الماء، تصبح مواد كيمائية مسببة خطورة بعمليات كثيرة في الجسم.

أن التعامل مع الفيتامينات كعلاج لا ينبغي أن يسبق التشخيص الطبي، أن التشخيص الطبي الفارق لابد أن يكون الخطوة الأولى ولابد من تنفيذها عن طريق الطبيب الذي في ذهنه المريض وليس عن طريق شخص يعتقد ويصف العلاج في ضوء معلومات خاصة من بعض البرامج الطبية في التلفزيون أو المجلات المتخصصة.

وينطبق هذا مع بعض التأكيد الخاص والضروري في علاج النشاطية الزائدة، أن هؤلاء الضحايا لهذا المرض قد قضوا ما يكفي من وقت في الأرض الجرداء بين الطب العام والطب النفسي، كل من الطبيبين يعتمد على الأدوية المنشطة وكلاهما فشل مع هؤلاء الأطفال. بهذا الإسهال الشديد في العامل مع الفيتامينات لا يمكن أن تخلص هؤلاء الأطفال من هذا المرض النشاطية الزائدة.

د. الليثيوم:

أن الليثيوم والذي بعضاً من خصائصه معروفةمنذ ١٥٠٠سنة، يستخدم الأن كعقار لعلاج حالات النشاط الزائدة لدى الأطفال. أن الأمل وراء نجاح هذا العقار في العلاج وجد في النتائج التي تم التوصل إليها عندما استخدمت كربونات الليثيوم في علاج الاكتئاب لدى الراشدين.

أن الاتحاد بين الليثيوم والأدوية المضادة للاكتئاب نجحت بصورة طيبة، حتي أن الأطفال في حالات متعددة سئلوا أن يستمروا في العلاج حتى يشعروا حقيقة أنهم عادوا إلى طبيعتهم الجيدة مرة أخرى.

وما تجدر ملاحظته أن الليثيوم لا يقوم بتخليص السلوك من أعراض النشاطية الزائدة إلا أنه يقوم بالتحكم فيها تقريباً. أن دور الليثيوم يناظر دور الريتالين أو أحد أدوية الامفيتامينات التي فشلت هي الأخرى من تحقيق استجابة كاملة الشفاء لدى أي مجموعة من الأطفال.

إلا إن العلاج بالليثيوم له مضاعفاته الجانبية مثل الدوخة التي قد تبدو مصحوبة بالقيء، أو الإسهال، أو آلام المعدة. وتكرار إدرار البول، ورعشة اليد، ويليها في ذلك العطش، وتعتبر الزيادة في الوزن مشكلة في حد ذاتها.

هـ. جراحات المخ: ذلك العلاج المعكوس:

لقد تباينت العلاجات المقترحة للنشاطية الزائدة بدرجة كبيرة، إلا أن هناك بعض الخصائص المشتركة فيما بينها، فعلى الرغم من أن كلها نشأت م الاعتقاد بأن النشاطية الزائدة إحدى الأمراض ذات السبب الواحد، فإن كل هذه الأساليب العلاجية بالطبع، تقدم حلاً واحداً للخلاص من الأعراض.

وتباينت أساليب العلاج في مدى بدأ باستخدام كوبين من القهوة يومياً إلى تصليح الخراب باستخدام خطوات الجراحة العصبية أو الأساليب التربوية، أن أول قطع جراحي لمسارات العصب في الفصين الأماميين للمخ تمت على يد ايجاس مأنز الذي قام بحفر بعض الثقوب في الجمجمة، واستخدم بعض الوسائل الجراحية في قطع العصب للفصين الأماميين في نقطة اتصالهما بالمخ. بعد ذلك كانت الأدوات الجراحية تصل إلى المخ عن طريق الفتح أعلى جانب العين من كرة العين.

وفي السـنوات الأخيرة، ظهر نوع أخر من الجراحات المخية ومهاد المخ حيث ركزت اهتمامها كله على المهاد. ويقع المهاد أو سرير المخ في المخ السفلي، وهو في حجم البيضة، وهو محطة تحويلية تقوم بإرسال الإحساس والمعلومات الحسية إلى المخ، كما أنها تعمل كمركز لردود الأفعال، أو كلاهما. وفي هذه الجراحات الحديثة بيتم عمل ثقوب في الجمجمة على جانبيها، ويتم إدخال أدوات القطع الطبية في صورة أصابع كهربية تقوم بحرق أنسجة المخ.

ولقد كانت الجراحة التي قام بها مانز محل اهتمام شديد، حيث أنها حاولت تقديم نصر مؤكد على بعض الاضطرابات النفسية والفسيولوجية والعصبية. وكان المرضى الذين تجرى هذه الجراحة من المرضى النفسيين الذين فشلت معهم كل الوسائل العلاجية الأخرى.

أن جراحة المخ والأعصاب كما تحددها نامه تعني « خطوات جراحية في تركيب المخ لإنتاج بعض التغيير في السلوك، وليست لتصحيح، أو إزالة عضو من الناحية التركيبية ». ومن الممكن أن نقول أن هناك توازناً بين جراحات المخ والأعصاب وصرف العقاقير المنشطة نفسياً. فبعض الأطفال لا يستجيبون للعقاقير المنشطة والجرعات المحددة لهم. إلا أن زيادة الجرعة ليست هي الحل، والبديل هو اتخاذ القرار بالجراحة كأحد الوسائل لعلاج طفلهم ذي النشاطية الزائدة. وعلينا أن نتذكر أن الخراب الذي يحدث خلال جراحة المخ يظل مستمراً طوال الحياة، بينما في ظل هذا التطور السريع من المحتمل أن تجد مشكلات الطفل لنفسها حلولاً.

هل هناك حاجة إلى طبيب نفسي:

إن معظم الأطباء الذين يمارسون التدريبات الطبية، قد يكون لديهم القليل، أو ليس لديهم شيء عن مكون النشاطية الزائدة. توجد فئة من الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية، كان تدريبهم المهني والوظيفي في هذا الفرع الخاص بفن الشفاء، والتي من خلالها تتولى بعض المدارس الطبية مشكلات مثل النشاطية الزائدة، والقصور الأدنى لوظائف المخ، وصعوبات التعلم، والمشكلات السلوكية وذلك بالدراسة، والتشخيص والعلاج، هؤلاء الرجال والسيدات هم في الحقيقة أطباء علاج نفسي. لكن متى وإلى أي حد يمكن الاعتماد على كفاءة هؤلاء الأطباء المتخصصين في العلاج النفسي في تشخيص وعلاج الأطفال ذوي النشاطية الزائدة؟ وربما المتخصص في العلاج النفسي هو الوحيد الذي ينبغي أن يجيب عن مثل هذا التساؤل.

من الواضح أن فئة المعالجين النفسيين تضم عناصر متعاكسة. فيوجد فروق شاسعة في النظرية والتشخيص والعلاج للذهان والعصاب النفسي.

إن المعالجين النفسيين ليسوا كلهم متماثلين كالتماثيل بين الجراحين في المخ والأعصاب، وأخصائي القلب، وأخصائي الأجهزة البولية والتناسلية، على نحو لا يمكن أنكاره بالمفهوم الواسع، أنهم متخصصون في مجالات محددة من التدريب العقلي، ويطبقون نماذج إدراكية، وأن لم تكن مناسبة في العلاج.

ولابد للوالدين والمعلمين أن يأخذوا في اعتبارهم النقاط الآتية عندما يتطلعون لمساعدة الأطباء في العلاج النفسي للطفل ذي النشاطية الزائدة.

– هل سبق العلاج نوع من التشخيص الدقيق جداً، فكل طبيب سوف يكون غير محظوظ أن يتعامل مع أسباب موجودة متعاكسة مع بعضها البعض وعديدة لمكون النشاطية الزائدة.

– هل يوجد نوع من البحث الجدي عن أكثر من سبب للعرض الحالي؟ السبب الذي لا ينظر أليه ويظل بلا علاج سوف يستمر في مشاركته وتحريكه لمشكلة الطفل، وبما قد يمنع من تحقيق الشفاء التام.

– وفي حالة عدم نجاح أسلوب العلاج فهل تم حصر السبب أو مجموعة الأسباب التي قد تتداخل مع أسلوب العلاج نفسه؟ أن لم يثبت العلاج نجاحاً نظراً لأن السبب الهارب أن يتم التعرف عليه وتوجيه العلاج المناسب له حتى يتحقق النجاح لأسلوب العلاج المتبع. وأنه من المؤكد أن نسأل عن أسباب فشل العلاج بدلاً من أن نترك الطفل بلا علاج.

مصادر الوالدين في المعلومات ونظرة مستقبلية:

إن النشاطية الزائدة كخطر رئيسي لمجتمع الأطفال، تم اكتشافها أولاً في المدارس، وفي بعض الحالات الفردية لا يزال نصفها قد تم التعرف عليه داخل غرفة الفصل، أن احتمالية النشاطية الزائدة بسبب مشكلات تربوية كثيرة، وأن النشاطية الزائدة في حد ذاتها ليست مشكلة تربوية، ولا يوجد الكثير الذي نتوقع عمله من المدارس الحكومية أو الرسمية تجاه هؤلاء الطلاب الذين يعانون من هذه الاضطرابات أكثر مما قد تم عمله بالفعل.

وفي حقيقة الأمر أن ما يستطيع أن يفعله الوالدان لطفلهما ذي النشاطية الزائدة يعتمد بدرجة كبيرة على حكمتهم وقد يكون هذا أيضاً الوسيلة التي يقتلون ابنهم بها أيضاً، وبالتأكيد فإن الأطباء من ذوي التدريب الخاص والكفاءة المسبقة، سوف يكون اختيارهم لحل مجموعة أو زملة المشكلات التي يعاني منها الطفل ذو النشاطية الزائدة أفضل من أي شخص أخر. أن الهدف الأول لولي أمر الطفل الذي يعاني من النشاطية الزائدة هو البحث عن طبيب يمكنه الوثوق فيه بمعنى الكلمة.

وإذا تركت طفلك في يد طبيب عام غير مدرب على التعامل مع مثل هذه الحالات، فإن المشكلة سوف يتم علاجها فقط في ضوء هذه الخبرة المحدودة المحتملة لهذا الطبيب. ولابد أن يوضح ولي الأمر أيضاً لهذا الطبيب، أو أي طبيب يقوم بتحويل الطفل أو علاجه، أنه يبحث عن السبب أو جملة الأسباب العضوية التي جعلت هذا الطفل يتصرف بهذه الكيفية، وهذا السبب قد يكون عضوياً، متصلاً بعملية البناء والتمثيل الغذائي، أو متعلقاً بالسموم.

إن مســـئولية اختيار أســـلوب العلاج المناســـب للطفل الذي يعاني من النشـاطية الزائدة تقع أسـاسـاً على الوالدين، وأما الوالدان اللذان ليس لديهما الخبرة الكافية، فإنهم يخاطرون بصـــرف الأموال الكثيرة وإهدار الوقت الطويل، وفي النهاية يجدون أن طفلهم يعالج بعقار مثل الريتالين الذي لا يســـتطيع أن يخلص أبنهم من هذه المشـــكلات التي يعاني منها. وكون أحد الوالدين أو كلاهما مدركين لبعض أنواع العقاقير، فهذا لا يكسبهم الحق أبداً بأن يعالجوا أبنهم بأنفسهم.

كما أن الوالدين الذين يعالجان ابنهما بالاتصالات التلفونية القصيرة مع بعض الأطباء للاســتفســار بصــورة متعجلة من حالة طفلهم، أيضــاً غير مجدي في التعامل مع حالات النشاطية الزائدة، كما أن الكتب والمجلات بما فيها من نصــائح تقدمها لا تصـلحان كأسـلوب للعلاج مع مثل هذه الحالات. أن نقل الوالدين لأســلوب العلاج الذي نجح مع أســرة أخرى، هو أمر غير مجد لعلاج حالات النشــاطية الزائدة حيث أن كل طفل له طبيعته الخاصــة جداً والتي لابد من التعامل معها كفردية مستقلة.

إن النشـاطية الزائدة ما هي إلا عرض نشـأ من مصـادر متعددة إلى أن أصبح بهذه الكيفية. ولابد من اكتشـاف هذا السبب أو جملة الأسباب جميعاً حتى يمكن وضع الخطة العلاجية المناسبة لهذا الطفل، أن المهدئات قد تقوم بتهدئة وتسكين الألم، إلا أنها لا تستطيع خلع الضرس المصاب، فإن العلاج غير الصـــحيح لعرض النشـــاطية الزائدة لدى الطفل لا يقود بأي حال من الأحوال إلى اســتئصـــال المشـكلة من جذورها والتي قد تحتوي في داخلها على مشكلات أسوأ بكثير.

فـالوالـدين لابد أن يكونـا جـاهزين لتكســـير كل العوائق التي تمنع من تطبيق الفحص الدقيق للطفل، والحصول على العلاج المناسب.

الفصل السادس
الاهتمام بالمعوقين وأسرهم

مقدمة:

لا تختلف أهداف التربية الخاصـــة عن أهداف التربية العامة فكلاهما يسعيان إلى تحقيق النمو والتوافق شخصياً واجتماعياً للفرد ولكن الاختلاف يكون في الطريقة، ومن يقوم بالتقديم.... الخ، ويتمثل ذلك في:

١-تحقيق الكفاءة الشخصية: تعني مساعدة الأفراد من تلك الفئة على الحياة والاستقلالية والاكتفاء والتوجيه الذاتي والعناية الذاتية بدرجة تتناسب وظروفهم الخاصة وتنمية استعداداتهم العقلية والجسمية والاجتماعية.

٢-تحقيق الكفاءة الاجتماعية: وتعني غرس وتنمية الخصـــائص والأنماط الســـلوكيةاللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين وتحقيق التوافق الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصــة وإكسـابهم المهارات التي تمكنهم من الانخراط في البيئة المحيطة والأخذ والاندماج في المجتمع لإشباع احتياجاتهم النفسية إلى الأمن، والحب والثقة، والتقليل من شعورهم بالعجز والقصور.

٣-تحقيق الكفاءة المهنية: تعني إكســابهم المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناســبة لطبيعة إعاقتهم واســتعداداتهم والتي تمكنهم بعد ذلك من ممارسة بعض الحرف المهنية.

وتندرج تحت هذه الأهداف بعض الأهداف الفرعية والتي منها: -

أ- التعرف على تلك الفئات من خلال أدوات القياس والتشــخيص المناسبة لكل فئة منهم.

ب- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة.

ت- إعداد اســتراتيجيات التدريس لكل فئة وتحقق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.

ث- إعداد الوسائل التعليمية الخاصة لكل فئة.

ج- إعداد البرامج للوقاية من الإعاقة بشكل عام.

ح- إكســاب الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصــة لبعض المهارات التي تمكنهم من الحياة المستقلة.

خ- تنميه الإمكانات المختلفة إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم.

د- تزويدهم بجميع أشكال التعلم البديل وإتقان الوسائل التعويضية.

ذ- العمل على منع أو تقليل احتمال حدوث مشــاكل ســلوكية بســبب وجود الإعاقة، وذلك يتحقق من خلال عدد من المتطلبات التي نعرضــها كما يلي:

متطلبات تحقيق الحد وعلاج مشكلة الإعاقة:

١-العمل على إزالة المعوقات المختلفة التي تحول دون توافق ذوي الاحتياجات الخاصة مع أنفسهم ومع الآخرين.

٢-مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة في تحصيل قسط من المواد التعليمية والتي يمكن توظيفها في حياتهم الخاصة.

٣-تخطيط قائم على المجهود الفردي.

٤-برامج مدرسية أساسية.

٥-برامج مدرسية ثانوية.

٦-خبراء متخصصون في كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

٧-مدرسون متخصصون في كل فئة من فئات الاحتياجات الخاصة، ويتمتع كل منهم بسمات معينة منها (القدرة على العطاء، فهم هذه الفئة، لديه معلومات للعمل في هذا المجال، الميل للعمل في هذا المجال، أن يكون مرناً بشكلعام مع توفير الحزم لديه بشكل معتدل في نفس الوقت، أن يكون ملماً بحاجات ذوي الاحتياجات، والفروق التي تميز شخصية كل منهم على حدة).

٨-توفير الإمكانات المادية.

٩-دراسة دور الأسرة وتشجيع التعاون بين الآباء والمدرسين.

١٠-دراسة الظروف المدرسية المتاحة.

١١-تشجيع ومكافأة المدرسين الذين يعملون في هذا المجال.

رؤية مستقبلية لرعاية المجتمع للمعوقين:

بعد العرض السابق يمكن وضع تصور لمساهمات المجتمع للعمل على التقليل من حجم مشكلة الإعاقة بعدد من الطرق.

الطريقة الأولى الوقائية:

أ- دور وسائل الإعلام.:

لوسائل الإعلام مجموعة من الأدوار الهامة التي تؤثر بالإيجاب على رعاية المجتمع للمعوقين ومن هذه الأدوار:

✓ تقديم برامج توعوية وإرشادية لأسر هذه الفئة

✓ الإعلان وبصفة مستمرة عن الخدمات التي تقدمها الدولة في مجال خدمات المعوقين.

✓ العمل على عدم إبراز هذه الفئة في شكل فيه سخرية، أو عطف، أو أيه صورة يشمئزون منها.

✓ دعم وسائل الإعلام وجهة النظر الداعية إلى تنظيم الأسرة، مع توضيح أن الحمل المتكرر له أضرار على الأم وعلى المولود؛ وبالتالي على الأسرة، والذي يترتب عليه أضرار على المجتمع بأسره.

✓ تقديم المقالات والبرامج والمسلسلات التي تبين مخاطر زواج الأقارب.

ب – توجيه الأسر:

تتمثل الخدمة هنا في مجموعة من الأعمال والتي منها:

✓ توعية الأسر على اكتشاف حالات الإعاقة التي قد تصيب أبناءهم، وحتى التعامل معهم في حال اكتشاف الإعاقة.

✓ تدريب الأسر على برامج لتخفيف القلق والعصابية للأسر حال اكتشاف الإعاقة عند أولادهم، وتوجد العديد من الدراسات التي تناولت تلك البرامج.

✓ تفعيل إجراء كافة الفحوص الطبية المطلوبة للمقبلين على الزواج؛ لتجنب الأمراض الوراثية، والأمراض، وكذلك الإعاقات المحتملة نتيجة هذه الزيجات.

✓ توعية الزوجات الحوامل بعدم تناول أدوية إلا بعد استشارة الطبيب المختص لأن هذه الأدوية من العوامل المسببة للأمراض والإعاقات.

✓ سرعة علاج الزوجات الحوامل من بعض الأمراض المسببة للأمراض والإعاقات، بعد استشارة الطبيب في الدواء والالتزام بما ذكره الطبيب المختص.

✓ تجنب الولادة على يد سيدات لم يمتهن الطب (ولاداتشعبية) لأنها غير مؤهلة وتدعم وجود إصابات للطفل المولود بالرغم من خبراتها في هذا المجال.

وهنا يتم الإستعراض في جزأين **الأول** يتناول الاهتمام بالمعوقين أنفسهم من خلال تقديم تأهيل مهني لهم يتناسب مع طبيعتهم وسماتهم وخصائصهم،**والثاني** يتناول الإرشاد النفسي لأسر هؤلاء المعوقين أنفسهم، ويتضح ذلك فيما يلي:

التأهيل المهني :

يعتبر التأهيل المهني للمعوقين أحد عناصر عملية التأهيل المنسقة والشاملة التي تهدف إلى تمكين الفرد المعوق من الاندماج الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع، وبذلك أصبح التأهيل المهني للأشخاص ذوي الإعاقة ضرورة ملحة واستكمالا أساسياً لعمليات التعليم والتدريب التي تلقوها فيما مضى، ليكتسبوا المهارات التدريبية اللازمة لحصولهم على فرص عمل ونجاحهم فيها.

وتعتبر عملية التأهيل المهني من اهم مجالات الرعاية الاجتماعية للمعوقين عامة، واساس العمل فيها مساعدة المعوقين على العمل، واستثمار ما يتوافر لديهم من استعدادات وقدرات.

وتبدأ هذه العملية بتقييم قدرات الشخص المعوق لتحديد جوانب القوة والضعف واستثمار القدرات المتوفرة لديه في عملية التدريب، ومن ثم توجيهه نحو المهنة التي تناسب قدراته ومؤهلاته وميوله وإعادة دخوله في الحياة الاقتصادية التي تتناسب مع قدراته المتبقية واستخدام مهاراته أفضل استخدام.

وترتبط برامج التأهيل المهني بمرحله هامة من مراحل النمو وهي مرحلة (المراهقة)، كما تهتم بجانب أساسي وهو أن نعيد الفرد الذي لديه قصور بدني أو عقلي إلى المجتمع مندمجاً فيه ومتوافقاً معهومعتمداً على طاقاته وإمكانياته لأقصى درجة ممكنة.

مفهوم التأهيل المهني:

ونتناول فيما يلي تعريفات التأهيل المهني:

تعرف (وزارة الشئون الاجتماعية السعودية) التأهيل المهني للمعوقين بأنه هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة التي تنطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.

وعرف التأهيل المهني بأنه هو تلك المرحلة في عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني بقصد تمكين المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ به، والتأهيل عملية تتضافر فيها جهود فريق من المتخصصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى درجة من التوافق في الحياة من خلال تقويم طاقاته ومساعدته على تنميتها والاستفادة منها لأقصى درجة ممكنة.

ويرى البعض أنه عملية نساعد فيها المعوق عقلياً على الاستفادة من طاقاته البدنية والاجتماعية والمهنية وتنميتها للوصول الي اقصى مستوى ممكن من التوافق النفسي والاجتماعي والمهني.

ويشير إلى أنه يعني جعل المعوق يسترد أقصى ما يملك من قدرات بدنية وذهنية واجتماعية ومهنية واقتصادية.

وتعرف (منظمة العمل الدولية) التأهيل المهني للمعوق بأنه الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمرتبطة الذي ينطوي على تقديم خدمات مهنية كالتوجيه والتدريب المهني ثم التشغيل مما يجعل المعوق قادر على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.

كما يعرفه البعض أنه إعداد المعوق عقلياً للحياة العملية بتدريبه على مهنة مناسبة وتشغيله في عمل مفيد، يشعره بالسعادة والكفاءة ويمكنه من اعالة نفسه واعالة اسرته.

ويعرف أيضاً التأهيل المهني بأنه مجموعة من العمليات والأنشطة التي يتضمنها برنامج متكامل من الخدمات الفنية، والمهنية، وتسعى إلى الكشف عن القدرات والميول والاستعدادات النفسية والعقلية والجسمية لدى المعوقين.

وتعمل على توجيه هذه القدرات في اختيار وإعداد مهن تلائم نوعية إعاقتهم، ويستفاد منها في تحقيق عائد مادي ونوع من الاستقلال الاقتصادي الذي يسهم في عمليات الاشباع النفسي والاجتماعي، واعادة إدماج المعوق في المجتمع واعتباره عضواً مشاركاً فيه.

كما أن التأهيل المهني هو تلك العمليات المتكاملة والمترابطة والمتضمنة توجيه المعوقين توجيهاً مهنياً وتدريبهم تمهيداً لاختيار المكان المناسب وتوفير فرص العمل الملائمة لهم.

والتأهيل هو تلك العملية التي تهدف إلى إعادة الفرد العاجز للعمل الملائم لحالته في حدود ما تبقى له من قدرات ومواهب وإمكانيات تساعده على تحسين أحواله المادية والنفسية للتحرر من العجز والشعور بالنقص.

ويراه البعض بأنه هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المرتبطة التي تنطوي على تقديم الخدمات كالتوجيه والتدريب المهني والتشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.

ويعرف أيضاً التأهيل المهني هو عملية تساعد فيها الفرد المعوق على الاستفادة من طاقاته البدنية والاجتماعية والمهنية وتنميتها للوصول إلى أقصى مستوى ممكن من التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

ويعرف بأنه تلك العملية المستمرة والمنسقة التي تشتمل على تقديم الخدمات المهنية مثل التوجيه والتدريب والتشغيل والتي تعد لتمكين الشخص المعوق من تأمين عمل مناسب له والاستمرار فيه.

كما أن التأهيل المهني للمعوقين بأنه هو أحد برامج التأهيل الشامل للمعوقين الذي تكون حصيلته النهائية تمكين الفرد المعوق من التدريب وممارسة مهنة ملائمة يستطيع خلالها العمل مما يعود على حياته الاجتماعية والنفسية بالاستقرار وبالتالي اندماجه وتكيفه مع المجتمع الذي يعيش فيه.

ويعرفه البعض بأنه مساعدة المعوق للوصول إلى قرارات حاسمة تتعلق بشؤونه الخاصة ومساعدته في الكشف عن قدراته وصفاته الفردية التي يمكن الاستعانة بها بقدر الإمكان في التعلم والتدريب على أداء عمل أو مهنة ما تعود علية وعلى المجتمع بالفائدة.

ويعرف بأنه مرحلة متسلسلة ومنسقة يتم من خلالها تقيم مهني وتوجيه مهني وتدريب مهني واختيار مهني للشخص المعوق مما يمنحه الحق بضمان عمل مناسب.

وعرف أيضاً التأهيل المهني بأنه أحد برامج التأهيل الشامل للمعوقين الذي تكون حصيلته النهائية تمكين الفرد المعوق من ممارسة مهنة ملائمة يستطيع من خلالها العمل والاكتفاء من الناحية الاقتصادية مما يعود على حياته الاجتماعية والنفسية بالاستقرار وبالتالي اندماجه في المجتمع.

وهو مجموعة من الخطوات والإجراءات التي يتعرض لها المعوق والتي تبدأ بالتقييم لقدراته وإمكانياته العقلية والنفسية والبدنية وتنتهي بالترشيح لعمل معين ومتابعته في ذلك العمل للتغلب على الإعاقات التي تحد من نجاحه وتكيفه مع بيئة العمل الذي ينخرط فيه.

ونعرض المبادئ العامة في تأهيل المعوقين

المبادئ العامة في تأهيل المعوقين :

إن عملية التأهيل للمعوقين تقوم على مجموعة من الأسس والمبادئ أهمها:

١. العمل على تأهيل المعوقين واستغلال قدرتهم على الإنتاج، تجعل منهم أفراد مشاركين في بناء مجتمعهم.

٢. التأهيل المهني يحقق للمعوقين الاستقلالية والشعور بالأهمية والقيمة في ذواتهم، ويبعدهم عن الشعور بالدونية والانحطاط.

٣. يركز التأهيل المهني على القدرات والإمكانات والاستعدادات الموجودة لديهم، ويعمل على استغلالها إلى ابعد الحدود الممكنة

٤. يجب على المجتمع تقبل المعوقين ومراعاة خصائصهم العقلية والنفسية والاجتماعية وتأهيلهم مهنياًوتشغيلهم.

كما يشير البعض أن:

١. التأهيل عملية متكاملة فيها الخدمات النفسية والطبية والمهنية والتربوية.

٢. تأخذ عملية التأهيل في اعتبارها ميول المعوق واتجاهاته في مجال التدريب وحتى في مجال التشغيل.

٣. تعتمد عملية التأهيل على تنمية القدرات لدى المعوق والاستفادة منها لأقصى درجة ممكنة.

٤. تهتم عملية التأهيل بتوافق المعوق مع ذاته ومع البيئة المحيطة به.

٥. تعتمد العملية التأهيلية على مساعدة المعوقين على الاندماج في البيئة الاجتماعية، وتقبل الاتجاهات الايجابية.

٦. . يعتمد نجاح عملية التأهيل على مدى توافر التشريعات والقوانين التي تحمي حقوقهم الإنسانية وترعى مصالحهم.

٧. يعتمد نجاح عملية التأهيل على مدى توافر فرص العمل المتاحة لهم في البيئة المحيطة.

٨. مراعاة الفروق الفردية عند وضع خطة تأهيلية بما يتناسب مع قدرات كل معوق.

ومن الأمور التي يجب مراعاتها عند عملية التأهيل المهني:

(١) أن يعمل على التوافق المهني للمعوق.

(٢) تطوير أقسام التأهيل الموجودة بالمراكز وإضافة أقسام جديدة بها تتماشى مع سوق العمل.

(٣) إجراء دراسات مسحية لسوق العمل للتعرف على المهن المتوفرة واحتياجات في السوق المحلى.

(٤) مراعاة الجانب الطبي للمعوق حيث يعد مدخل للتدريب المهني.

(٥) تطوير ودعم مهام وحدات الإرشاد والتوجيه والتدريب المهني بمراكز التأهيل.

(٦) تطوير وتحسين المناهج والخطط التدريبية وأساليب التدريب المستخدمة بما يتلاءم مع متطلبات المهن المتوفرة في سوق العمل.

(٧) العمل على رسم السياسات والبرامج التوعوية والإعلامية لتعديل الاتجاهات نحو عمل المعوقين.

(٨) رفع كفاءة العاملين في قطاع التأهيل والتدريب المهني وعقد الدورات المستمرة إثناء الخدمة والدورات التنشيطية لهم.

(٩) أنشاء وحدة لمتابعة المعوق بعد الحاقة بالعمل تقوم على سرد المعوقات التي تواجه وعمل تدريب لخفضها.

فلسفة التأهيل المهني للمعوقين:

تقوم فلسفة التأهيل المهني للمعوقين على أن عملية التأهيل المهني للمعوق عملية منسقة، تستخدم فيها كافة الاجراءات الطبية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية مجتمعة لمساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى مستوى ممكن من الفاعلية لنفسه والاندماج، كما يعتبر التدريب المهني للمعوق جزءاً من التأهيل، ووسيلة من وسائل الإعداد للعمل دراسياً وعملياً من أجل إعداده ليتولى العمل الذي يتفق مع استعداداته وقدراته.

وتقوم فلسفة التأهيل أيضاً على اعتبار أنه عمل لا ينتهي من جانب المتخصصين والمجتمع، أنه أكثر من مجرد إعادة بناء الأنفس الممزقة؛ أنه اعتقاد قوي في أننا مسئولون اجتماعياً مما يحدث لأترابنا من البشر.

ويتسم التأهيل المهني للمعوقين بفلسفة تؤكد على التدريب المبكر للمعوقين في المجالات المهنية وتتلخص هذه الفلسفة فيما يلي:

١. احترام الفرد المعوق وتقديره والتعامل معه كوحدة قائمة بذاتها.

٢. الاعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروف العمل المتاحة له في ميدان العمل بعد إعداده لذلك.

٣. التسليم بمبدأ الاستفادة من هذا الفرد كشخص منتج مستقل بذاته معتمداً على نفسه.

٤. أن عملية التأهيل يجب أن تتم داخل البيئة التي يعيش فيها المعوقون.

ويرى البعض أن للتأهيل فلسفة تؤكد على:

١. دور الانتقال بالمعوق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات وذلك عن طريق الاستغلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية.

٢. استعادة الفرد المعوق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية والعقلية او الحسية المتبقية لديه.

٣. تقبل المعوق اجتماعيا والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق إنسانيته على العمل التأهيلي فيقول في ختام كتابه »الشرط لا يكفي.

٤. تقبل المعوق واحترام حقوقه المشروعة في النواحي السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية وذلك بغض النظر عن طبيعة اعاقته او جنسه او لونه او دينه .... الخ.

أهمية التأهيل للمعوقين :

تبرز أهمية التأهيل المهني في تحقيق الكفاية الاقتصادية للفرد ويساهم في دفع عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع من خلال أيدي عاملة مدربة ومؤهلة يمكنها أن تسد العجز في الايدي العاملة في المجتمع وذلك من خلال توجيه الطاقات المعطلة عند الافراد المعوقين واستثمارها في عملية الإنتاج الدخل الفردي والمساهمة زيادة الدخل الوطني بشكل عام.

والناتج النهائي من برنامج التأهيل المهني هو إعادة اندماج الشخص المعوق من خلال دخوله أو إعادة إلى الحياة الاقتصادية في عمل يتناسب مع قدراته المتبقية ويستخدم مهاراته أفضل استخدام، مما يحقق له تحقيقاً لذاته لما لذلك من أثار ايجابية اجتماعية ونفسية، ويجعله مشاركاً في عملية التنمية والاجتماعية الوطنية.

ولتأهيل المعوقين أهمية كبيرة من هذه الأهمية أنه:

١. يكسب المعوق المهارات الأساسية والمعلومات المهنية عن طريق برامج التدريب المهني المنظمة.

٢. يكسب المعوقين حماية أنفسهم وكيفية درء المخاطر من أنفسهم أثناء المواقف التي يمرون بها والأشياء التي يستخدمونها وتعاملون بها في حياتهم وأثناء تدريبهم على مهنة.

٣. يكسب المعوقين العادات والاتجاهات السليمة في العمل والتكيف أثناء العمل وتقبل التوجيهات من الرؤساء، والمحافظة على الآلات والخدمات والمرافق.

٤. يعرف المعوقين أهمية العمل الذي يتدربون عليه بالنسبة لهم وبالنسبة لمجتمعهم.

٥. ينمي المعلومات المعوقين عن البيئة التي يعيشون فيها، وما يوجد بها من نشاط اقتصادي، وفرص للعمل

٦. يعرف التأهيل المعوقين واجباتهم وحقوقهم كعاملين ومواطنين.

أهداف التأهيل المهني للمعوقين :

الهدف الاساسي لعملية التأهيل المهني في متابعة الاجراءات المتعلقة بتعليم والتدريب المهني للمعوقين على أنسب المهن لقدراتهم المتبقية بعد العوق والعجز وتوظيفهم، وذلك لتحقيق الأهداف الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية وتحويلهم إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل والتكيف في المجتمع تكيفاً اجتماعياً ونفسياً سليماً يتيح لهم الاندماج والمشاركة وتأكيد الذات في محيطهم الاسري والاجتماعي بتدريب المعوقين الصالحين لذلك ومتابعة تدريبهم سواء داخل المراكز او خارجها.

ويشار إلى أهداف التأهيل فيما يلي: -

أ- تنمية مشـــاركة المعوقين في الحياة الاجتماعية واكســـابهم خبرات ومهارات حياتية .

ب- تقبل المعوقين لذواتهم.

ت- زيادة ثقتهم في أنفسهم وفي إمكانياتهم وفي الآخرين.

ث- زيادة قدرة المعوقين على استثمار ما تبقى من قدرات.

ج- مساعدة المعوقين على مواجهة مشكلاتهم المختلفة.

ح- تنمية المسئولية الاجتماعية للمعوقين كأعضاء وكجماعات .

خ- إكســـاب المعوقين المهارات الاجتماعية التي تســاعد على الاندماج مع غيرهم من الأسوياء.

ويســـعى تأهيل المعوقين إلى تحقيق عدد من الأهداف يمكن إيجازها فيما يلي:

١. التعرف على الميول والاستعدادات والقدرات المهنية للمعوق.

٢. توظيف طاقات وقدرات الفرد المعوق في تدريبه على مهنة مناسبة.

٣. تأمين عمل مناسب للفرد المعوق وضمان احتفاظه به والترقي فيه.

٤. ضــمان دخل اقتصــادي دوري يمكن الفرد المعوق من تامين وتلبيه متطلباته وحاجاته.

٥. إعادة ثقة الفرد المعوق نفســـه وبقدراته وتقديره لذاته والشـــعور بالإنتاجية.

٦. توجيه واســـتثمار الطاقات والأيدي العاملة المعطلة عن الإفراد المعوقين باعتبارها مورد من موارد التنمية الاقتصادية.

٧. تعديل اتجاهات الآخرين نحو المعوقين وقدراتهم وقبولهم وإتاحة الفرصة لهم لتحقيق ذواتهم والاندماج في المجتمع.

كما يضيف البعض الاهداف التالية:

١. اكتساب المعوقين المهارات الأساسية والمعلومات المهنية.

٢. تنمية شـــعور المعوقين بأهمية العمل الذي يتدرب عليه بالنســـبة له وبالنسبة للمجتمع.

٣. تحسين قدرات المعوقين ووظيفياً والوصول بهم لأعلى مستوى من الأداء الوظيفي.

٤. دمج المعوقين في المجتمع مع إكســـابهم الثقة في أنفســـهم من خلال توفير الظروف البيئية المناسبة.

ويضيف آخرون الأهداف التالية:

١- إعداد المعوق للحياة العملية سواء في البيت أو الورشة والمصنع ، وتطوير قدراته اللغوية من خلال العلاقات الاجتماعية الجديدة ، إضافة إلى تنمية كفاءة أداءه الحركي ، خلال إجراء تدريبات عملية يوميا ، فتكرار أنتاج أشياء بسيطة جدا تزيد من مهارات المعوق و تعزز استقلاليته ، ويوظفها مستقبلا كخبرات متراكمة في عملية الإنتاج.

٢- تعلم استخدام الأدوات والمكائن والتقنيات التي تتوافق مع إعاقته وعمره بشكل صحيح فعال، فالاستخدام الخاطئ لها يودي إلى فقدان المعوق ثقته بنفسه وبحوافز العمل، إضافة إلى خطورة التعرض لإصابات العمل.

٣- التعريف بالورش والمصانع والمعامل، من خلال إجراء زيارات لهذه المواقع والاطلاع على واقع ما ينتظر الشاب المعوق من حياة عملية جديدة.

٤- الاستفادة من العمل والتدريب الحرفي كوسيلة تربوية لتطوير كفاءة المعوق الفكرية والعضلية للارتقاء به إلى مستوى من التطور والنمو، لتنظيم قدراته وترشيد توزيعها وصولا به إلى الاندماج الاجتماعي.

٥- ضمان العمل لليافع المعوق يتيح له فرصة ممارسة حقوقه ضمن أطر مجتمعيه ويحدد بعض مسؤولياته اتجاه الأخر، باعتبارها من المقومات الأساسية لحياة الإنسان.

مراحل وخطوات عملية التأهيل المهني للمعوقين: -

تبدأ عملية التأهيل المهني مع دراسة الحالة حتى الحاق الفرد بالعمل وتتضمن دراسة الحالة، وقياس القدرات والحالة الصحية والحركية والحسية والذكاء العام، وتحديد المهنة المناسبة وفق مقاييس خاصة، واختبار مدى صلاحية المهنة للفرد وبيته الاجتماعية، ثم البدء في عملية التدريب والتعليم والمتابعة والتشغيل.

وتوضح مراحل برامج التأهيل المهني فيما يلي:

١. الكشف المهني: ويتم فيه تعريف المعوق -الملتحق بالبرنامج- بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تطلبها كل مهنة ليألف طبيعة وخصائص كل مهنة منهم.

٢. تقييم المهنة: ويتم فيه تعريض المعوق -الملتحق بالبرنامج – لخبرات ومهارات عمل مختلفة، وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.

٣. التدريب المهني: ويهدف إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة.

٤. **التوظيف**: ويتعلق بإيجاد فرص عمل للمعوق بعد تخرجه.

٥. **المتابعة**: وفيها يقدم الارشـــادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أداؤه للعمل، ومساعدته في المشكلات والصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل.

ويجب أن تكون عملية التأهيل المهني من فريق متعدد التخصـــصـــات يعملون لهدف واحد هو تأهيل المعوق مهنياً وهذا الفريق يتكون من :(مدير مركز التأهيل-مرشد التأهيل -الأخصائي النفسي -الأخصائي الاجتماعي -أخصـــائي التقويم المهني -أخصـــائي العلاج الطبيعي-أخصـــائي تربوي -أخصائي توظيف).

مهام فريق التأهيل المهني للمعوقين:

١- إجراء مســـح شـــامل (لتحديد الوظائف الحديثة المطلوبة وأماكن تشغيل المعوقين -قابلللتحديث) عن المعوقين

٢-إيجاد تخصـــصـــات تتفق وظروف الســـوق لتدريب وتأهيل وإعادة التأهيل وتشغيل المعوق.

٣-تهيئة البيئة المادية المناسبة، وظروف العمل النفسية الملائمة لتشغيل ودمج المعوقين في قوة العمل.

٤- دراسة أساليب التدريب والتأهيل المهني الحالية من أجل تطويرها.

٥- دراســة وتحديد المشــاكل الخاصــة ببرامج التأهيل والتشــغيل التي يعاني منها المعوقون.

٦ -حصــر جميع العاملين من المعوقين في الجهات الحكومية والأهلية وتحديد نوع الإعاقة، درجتها والمســـمى الوظيفي لكل حالة (بالتعاون مع الفرق الأخرى)

١- تحديد مدى مطابقة المســـميات الوظيفية للمعوقين والأعمال التي يقومون بها.

٢- وضـع تصـور عام ومنهجية واضـحة موحدة لإعادة تأهيل وتشـغيل جميع العاملين من المعوقين بما يتناســـب وظروف إعاقتهم وحاجة ســـوق العمل.

كما أن برامج التأهيل المهني توضح في عدد من الخطوات كالتالي: -

أ- **استقبال المعوق**: للتعرف إلى مدى انطباق شروط اللائحة الأساسية لبرامج التأهيل على حالته مع تســـجيل بياناته الأولية ثم التعرف إلى نوعية الخدمة المطلوبة له.

ب- **الفحص الطبي الشـامل**: يقوم به طبيب المركز للتعرف إلى الإعاقة ودرجة عجز المعوق واحتياجاته -من الأجهزة التعويضية والعلاج الطبيعي إذا صـــاحب المعوق عقلياً إعاقة جســـدية أو حركية – وكذلك التعرف إلى أنسب المهن التي يمكن توجيهه عليها.

ت- الفحص النفسي: يقوم به الاختصاصي النفسي للمركز، يتعرف إلى نسبة ذكاء المعوق وقدراته العقلية واستعداداته وميوله المهنية من خلال مجموعة الاختبارات النفسية، وكذلك يتعرف العوائق النفسية التي يمكنها أن تعوق تأهيله مهنياً، مع اقتراح بعض المهن التي تناسبه نفسياً.

ث- البحث الاجتماعي: يقوم به الاختصاصي الاجتماعي للمركز، ويتعرف إلى عدد أفراد أسرته وترتيبه بينهم وعلاقته بأفرادها، مع توضيح الظروف الاجتماعية والاقتصادية لأسرة المعوق.

ج- التقرير المهني: يقوم به الاختصاصي المهني للمركز يوضح فيه مدى الاستعداد المهني للمعوق، مع اقتراح أنسب المهن التي يمكنه أن يتدرب عليها.

ح- تقرير التوظيف: يقوم به مسؤول التوظيف ويعرض فيه أفضل المهن التي تناسب المعوق مع توضيح فرص العمل المتوفرة في بيئة المعوق.

خ- اللجنة الفنية: وتتشكل من فريق الاختصاصيين الذين درسوا الحالة وبرئاسة مدير المركز، حيث تختص خطة التأهيل لكل معوق تتضمن أنسب المهن التي يدرب عليها المعوق ومكان التدريب والمكافئات التي يمكن منحها للمعوق اثنا البرنامج التدريبي.

د- التدريب: ويتم في شكل دورات داخل ورش المركز لمدة لا تزيد عن عشرين شهراً ويجوز تمديدها بقرار من الادارة العامة للتأهيل إذا دعت الضرورة، كما يمكن أن يتم التدريب خارج ورش المركز ويمنح صاحب العمل مكافأة شهرية مقابل تدريب المعوق.

ذ- التخرج ومنح الشهادات: وفيه يتم متابعة المعوق اثناء التدريب بصفة دورية ويتم اختياره في نهاية الدورة للتأكد من مدى اكتسابه للخبرة في المهنة وقدرته على ممارسة العمل ويمنح شهادة التأهيل.

وتشير العديد من الدراسات أن التأهيل المهني للمعوقين تتم كالتالي:

١.**خطوة التقييم**: وفيها يتم التعرف على ما لدى المعوق من قدرات.

٢.**خطوة التوجيه**: وفيها ينصح المعوق عقلياً بالتدريب المهني في ضوء ما لديه من قدرات.

٣. **خطوة الإعداد للعمل والتدريب المهني**: وفيها تقديم ما يلزم المعوق من إعادة اللياقة لمناسبته للعمل، أو تقويته وتدريبة مهنياً.

٤.**خطوة التشغيل**: وفيها يتم مساعدة المعوق على الحصول على عمل مناسب لقدراته وميولة واستعداداته.

٥.**خطوة العمل المحمي**: وفيها يتم العمل على توفير فرص عمل وظيفية ذات ترتيبات وظروف خاصة تتناسب وإمكانيات المعوق، وهو ما يحقق أهداف التأهيل المهني.

ويمكن حصر مراحل التأهيل المهني في مرحلتين أساسيتين تشتمل كل مرحلة منهما على مجموعة من الخطوات والاجراءات المتتابعة إلى الوصول إلى الهدف النهائي من برنامج التأهيل المهني، وهاتان المرحلتان هما المرحلة الإدارية والمرحلة الفنية وفيما يلي تعريفاً بكل مرحلة منها.

أ. المرحلة الادرية: -

تتضمن هذه المرحلة مجموعة الاجراءات الادارية المطلوبة استيفائها قبل المباشرة بالمرحلة الثانية وتتكون هذه المرحلة من الخطوات التالية:

١. التحويل او الاحالة:

وتتم عملية الاحالة بإرسال الفرد المعوق وولي أمره إلى مركز التأهيل المهني ويرفق معه ملف يحتوي على مجموعة من المعلومات الاولية والأساسية عن الفرد المعوق من أهمها الاسم،العمر،الجنس،العنوان، نوع الاعاقة، درجة الاعاقة، تاريخ الحالة، وتوقيع وختم الجهة المحولة.

٢. الاستقبال وتحديد الاهلية للبرنامج:

ويتم استقبال الفرد المعوق وولي أمره من قبل اخصائي الاستقبال (الأخصائي الاجتماعي أو مرشد التأهيل) ويتم خلالها استيفاء، وجمع المعلومات الضرورية التي تناسب أهداف وغايات المركز ويتم التعرف على مدى انطباق شروط القبول على الحالة، ومن أهمها تناسب وتلاؤم الاعاقة مع برامج التأهيل المهني المتوفرة في المركز وكذلك السن والجنس والمستوى التعليمي.

ب. المرحلة الفنية :

تتكون هذه المرحلة من مجموعة الخطوات والاجراءات الضرورية والاساسية التي تتضمنها عملية التأهيل المهني وهي

١. التقييم المهني :

تعتبر عملية التقييم المهني الخطوة الاولى في برنامج التأهيل المهني، فبعد انطباق شروط القبول على الحالة، يتم تحويلها إلى قسم التقييم المهني ليقوم أخصائي التقييم بالإجراءات المطلوبة والتي بناء على ما تتوصل اليه من معلومات سيتم بناء خطة أو برنامج التأهيل الفردي.

كما أن عملية التقييم المهني لابد أن يسبقها عدة تقييمات وهي (التقييم الطبي – التقييم الاجتماعي – التقييم النفسي – التقييم التربوي) ثم تأتي مرحلة التقييم المهني التي فيها يتم استخلاص المعلومات من تلك التقييمات للتعرف على مشكلة الفرد المعوق والنمو المهني المناسب له، ويتم التركيز في هذه العملية على خيارات الفرد العملية واهتماماته وميوله المهنية ومدى تحمله للمسئولية، وكذلك على قدراته بهدف التنبؤ بالمستوى الذي يمكن الفرد الوصول اليه في العمل مستقبلاً.

وأكد فابين (**Fabian**)على أهمية عملية التقويم في التأهيل المهني التي تشتمل على الجوانب العقلية والبدنية والسلوك التكيفي وأن تتم عملية التقويم بصفة مستمرة باستخدام أدوات مقننه.

فيقوم فريق العمل بدراســـة التقارير الموجهة إلى مركز التدريب والمدون فيها رأي المعلم والاختصــاصــي النفســي والاجتماعي والتخاطب إلى غير ذلك ثم خضـــوع المعوق إلى الاختبارات التي توجهه للتدريب المناسب من الناحية النفسية والجسمية والتي من أهمها:

أ- اختبار القدرات العقلية

ب- اختبار الاستعدادات والميول

ت- اختبار الاتجاهات

ث- اختبار القراءة والكتابة

ج- بعض الاختبارات النفسية مثل التوافق –العدوان-النشاط الزائد إلى غير ذلك مما يراه الأخصـــائيين مهم وذات صـــله بالتدريب الذي يلتحق به المعوق.

ويعرف التقويم في التأهيل بأنه عملية تهدف إلي التعرف على قدرات وإمكانيات الفرد المعوق وميوله واستعداداته المهنية بهدف مساعدته على الاختيار المهني السليم في حدود ما هو متوفر في مركز التأهيل من برامج مهنية .

وبذلك يخدم التقييم المهني أهدافاً متعددة منها، التشخيص، وتحديد مسار مناســب لتدريب المعوق، والنبؤ بمســتقبله العملي، إذ يفيد التشــخيص في معرفة وتحديد مشكلته، وكذلك فإن تحديد المسار المناسب لتدريب المعوق يعتمد على المعلومات ونتائج التقييم بهدف تحديد مكان تدريب المعوق ضمن مجموعة من الأفراد الذين تتناسب حالته معهم ومع المكان قبل ذلك.

٢. وضع خطة التأهيل الفردية:

يقوم فريق التأهيل العامل في المركز والمكون من (مدير المركز ، مرشـــد التأهيل ، أخصـــائي التقييم المهني ، الاخصـــائي الاجتماعي ، الاخصــائي النفســي ، والفرد المعوق أو ولي أمره) بالاشــتراك في إعداد خطة التأهيل الفردية اســتناداً إلي المعلومات التي حصــل عليها من عملية التقييم المهني ، وتشـــتمل الخطة على الهدف العام للبرنامج أو الهدف التشــغيلي والاهداف قصــيرة المدى التي تقوم إلى تحقيق الهدف التشــغيلي وفيه يتم تحديد موعد بدء البرنامج والفترة الزمنية المتوقعة له ،وطريقة تقييم البرنامج ،والاساليب التدريبية التي سوف يتم استخدامها في البرنامج.

ومن أهم الشروط التي يجب مراعاتها في تصميم برامج التأهيل :

أ- أن يتناسب مع قدرات وإمكانيات المعوقين.

ب- أن يتناسب مع اعمار المعوقين.

ت- أن يتناسب مع حاجات ورغبات المعوقين.

ث- أن يشترك في تصميمه فريق عمل متخصص والمعوقين أنفسهم.

ج- أن يتناسب مع مهارات أعضاء فريق العمل والاخصائي الاجتماعي.

ح- أن يتناسب مع طبيعة موقف التدخل المهني التأهيلي.

٣. مرحلة الارشاد والتوجيه المهني:

يعتبر التوجيه والارشاد أحد العمليات المكملة لنشاطات التدريب والإعداد المهني؛ فالتوجيه والارشاد المهني يسبق عملية التدريب والإعداد المهني ويرافقها، بهدف مساعدة الفرد على اختيار مهنة المستقبل والاندماج في محيط العمل، وتسهيل عملية التدريب ومساعدة الفرد على الاستفادة من فرص التدريب والعمل المتاحة، كما أن التوجيه يساعد الفرد على تنمية الذات، وتقبلها كذات متكاملة ومتلائمة مع دوره في عالم العمل والمجتمع، والتكيف مع البيئة المهنية.

ويعرف التوجيه كلا من بأنه هو عملية مساعدة الفرد والكشف عن مواهبه وقدراته وميوله ومقارنتها بالفرص المتاحة له ومساعدته على ايجاد مكان لنفسه في المجتمع.

وتتضمن عملية الارشاد المهني تطبيق النظرة التكاملية للفرد عن طريق عمل الفريق حيث يقوم الطبيب بالاشتراك مع الاخصائي النفسي والاجتماعي والمهني باستعراض ما يمتاز به الفرد من قدرات بدنية، واستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصية، ومعلومات وخبرات ثم مقارنة تلك القدرات والاستعدادات والخبرات بما تطلبه عملية الاداء في المهن المختلفة ومن ثم اختيار أنسب المهن لحالة المعوق وإرشاده إليها.

وينبغي احترام رغبات المعوق في نوع المهنة التي يرغب التدريب عليها، وعلى أن ترتبط عملية أن ترتبط عملية الارشاد المهني بالإرشاد النفسي حيث يعد ذلك احدى الوسائل التي تساعد المعوق على الاستفادة من مصادر عملية التأهيل وتنمية الخبرات لتحقيق أكبر عائد من الإمكانيات والخدمات الموجودة، والتي يجب توظيفها في اختيار المهن.

ويؤكد البعض في هذه المرحلة على دور كل من الطبيب والاختصاصيالنفسي، والاختصاصي الاجتماعي والاختصاصي المهني، حيث يقوم كل منهم بتقديم تقرير في مجال تخصصه عن المعوق وبعد مناقشة الحالة من جميع جوانبها يمكن تحديد نوع المهنة أو التدريب المهني التي سيوجه اليه المعوق.

كما أشاروا إلى أهداف التوجيه المهني التالية:

أ- تزويد الفرد المعوق بمعلومات كاملة عن فرص التدريب وفرص العمل المتاحة والمناسبة له في سوق العمل.

ب- تقديم المشورة حول المستقبل المهني الذي سيتيح للفرد المعوق كل الفرص المتاحة للنمو المهني والرضا عن العمل.

ت- العمل على أن تتطور لدى الفرد المعوق مرونة كافية وخبرات تجعله قادراً على مواجهة التطورات المتسارعة في حياته المهنية.

ث- وضع الفرد المعوق المناسب في المكان المناسب بما يحقق التوافق المهني ويعود بالنفع والفائدة على المعوق وعلى المجتمع.

كما أن عملية الإرشاد والتوجيه المهني تقتضي تقديم المعلومات الضرورية للمعوق من أجل مساعدته على الاختيار الحر للمهنة التي يرغب العمل فيها وليس فرض أو حتى الايحاء له بمهنة بعينها، مع مراعاة الظروف الموضوعية والواقعية التي يعيش فيها المعوق والمقومات التي تتكون منها شخصيته حتى لا يكون اختيار الفرد للمهنة غير ملائم لهذه المقومات، وبهذا فإن عملية التوجيه والارشاد المهني تتركز على الجوانب الثلاث التالية:

أ- معرفة الفرد المعوق وخصائصه النفسية والجسمية والمعرفية ومعرفة قدراته وميوله واستعداداته المهنية.

ب- معرفة كافية للمجالات المهنية المتوفرة في المجتمع والمتطلبات الاساسية المطلوبة في كل مهنة وشروط العمل فيها.

ت- القدرة على التوفيق بين إمكانيات الفرد المعوق والمهن المتوفرة في المجتمع.

وتضيف العديد من الدراسات أن عملية التوجيه والارشاد المهني مستمرة مدى الحياة ولا تنتهي في مرحلة من المراحل أى أن لها صفة الاستمرارية وتقوم على مراعاة الفروق الفردية للمعوقين سواء من الناحية الثقافية أو العلمية أو الجسمية والسلوكية، واحترام الفرد وكرامته وحقه وحريته في الاختيار ،وفصل التوجيه المهني عن العملية التربوية الشاملة.

وهذه المرحلةتهدف إلى مساعدة المعوق للوصول إلى قرار سليم فيما يتعلق بطبيعة المهنة التي يجب أن يلتحق بها، ويقوم المعلمون والمرشدين وأخصائي التأهيل المهني باستعراض ما يمتاز به المعوق من قدرات بدنية خاصة واستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصية ومعلومات وخبرات ثم مقارنة تلك القدرات والاستعدادات بما تطلبه عملية الأداء في المهن المختلفة ومن ثم اختيار أنسب المهن لحالة المعوق وتوجيهه إليها.

٤. مرحلة التدريب المهني:

التدريب المهني هو احدى مراحل التأهيل المهني الذي يقوم على فلسفة تقدير قدرات الفرد، والتعامل معها كوحدة قائمة بذاتها، وهدفه هو رفع مستوى الاداء واشعار المعوق بقدرته على الإنتاج بعد تدريبه على المهنة التي تتناسب مع ما تبقى له من قدرات وإمكانات.

والمقصود بالتدريب المهني عملية منظمة تستهدف إدخال تعديلات معينة على سلوك الفرد من النواحي المهنية والنفسية بصورة تمكن من الأداء الأفضل للوقت والجهد والكلفة، ويتضمن وسائل وأهداف محددة وفق مخطط مدروس وليس على أساس عشوائي.

ويعرف التدريب المهني بأنه عملية تعليمية يقوم بها الجهاز الارشادي للعاملين به على كافة المستويات الوظيفية، وخاصة العاملين منهم على المستوى المحلي بالتعاون مع المتخصصين من خلال برامج تدريبية لتزويد هؤلاء العاملين بالمعلومات،والمهارات، وتعديلاتجاهاتهم لرفع مستوى أداء العمل الحالي أو المستقبلي وتحقيق الفائدة لهم.

ويشير البعض أن التدريب المهني عبارة مجموعه من العمليات والأنشطة المترابطة التي يتضمنها برنامج متكامل من الاجراءات الفنية والمهنية خلال وقت محدد.

كما أن عملية التدريب المهني تهدف إلى تمكين الفرد المعوق من اكتساب المهارات اللازمة للأداء المهني وتنميتها بما يكفل كفاية مهنية ملائمة للحصول على عمل والوصول إلى مرحلة من الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي.

ويهدف التدريب المهني إلى استخدام أنشطة لتطوير المهارات المهنية الجسمية والعقلية للمتدربين ،ويشمل ذلك خبرات تعليمية واسعة من شأنها مساعدتهم على تحقيق الاهداف المهنية المحددة في برامج التأهيل الفردية ويمكن تطوير المهارات المهنية بتنفيذ برامج تدريبية متنوعة في المدارس المهنية والتجارية، وبرامج التلمذة الصناعية ، ومراكز التأهيل ، والمشاغل المحمية ، والتدريب أثناء العمل .ولكي يحقق التدريب الغاية المنشودة منة واعتماده في تشغيل المعوقين ، فإنه يجب أن يتم تدعيمه ببرامج لتطوير مستوى التكيف الشخصي والاجتماعي.

ويرتبط التدريب المهني بالعمليات التعليمية الأخرى، فكثير من المدارس والمعاهد الفنية التي تهتم بعملية التأهيل المهني لا تقتصر أنشطتها على تقديم دورات تدريبية مهنية سريعة، بقدر ما تهدف إلى إعداد وتأهيل الأفراد الملتحقين بها على مستوى مهني مناسب، حتى يساعد ذلك في عمليات اختيار المهن في سوق العمل الخارجي أو مواصلة النشاط المهني داخل الأقسام المهنية الخاصة، بمركز التدريب المهني مثل الورش المحمية التي تخصص لفئات المعوقين.

ونستنتج أن التدريب المهني مرحلة مهمة وعملية أساسية من مراحل عملية التأهيل المهني للمعوقين وهي تعتمد بشكل أساسي على تدريب مناسب للفرد المعوق للمهنة التي تلائم قدراته وميوله واستعداداته لتمكنه من الحصول على عمل والاستمرار والترقي فيه. وفيها يتم التدريب (المهني – النفسي -الطبي) حيث يوزع المعوق بناءً على نتيجة الاختبارات السابقة (التقييم المهني) إلى التدريب المناسب لعدة ورش الموجودة داخل المركز، كما تستهدف هذه المرحلة إدخال تعديلات معينة على سلوك الفرد من النواحي المهنية والنفسية والاستثمار الأفضل للوقت والجهد والكلفة.

خطوات عملية التدريب المهني :

تتم عملية التدريب المهني من خلال خطوتين هما مرحلة التهيئة المهنية، ومرحلة التدريب العملي ونتناول كل منها بالتفصيل

مرحلة التهيئة المهنية:

تمثل مرحلة التهيئة المهنية بالفترة التي يتم خلالها تزويد المعوق بالمهارات اللازمة التي تمكنه من البدء في التدريب المهني المنتظم على مهنة معينة تتناسب مع قدراته واستعداداته وميوله أو مزاولة مهنة مساعدة لا تحتاج كفاءة مهنية معينة وقد أطلق على هذه المرحلة مسميات أخرى مثل مرحلة ما قبل التأهيل المهني أو مرحلة الإعداد للعمل.

ويتم في هذه المرحلة تهيئة وإعداد الفرد المعوق من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والتعلمية وتعريفة بالمهنة التي سوف يتدرب عليها وقوانينها ومستلزماتها والأدوات والمعدات المستخدمة فيها والمهارات المطلوبة لأدائها، وتدريبه على عادات العمل والسلوك المهني وتزويده بالاتجاهات الايجابية نحو العمل والإنتاج.

كما أن هذه المرحلة النهائية من مراحل التربية الخاصة والتي تهدف إلى تنمية مهارات التهيئة المهنية والمتمثلة في المهارات البسيطة الاولية اللازمة لأية مهنة لاحقة في المستقبل وكذلك تنمية مهارات عادات العمل وحب العمل وتنمية مهارات المحافظة على أدوات العمل وتنظيمها، وهي ضمن المراحل الاخيرة في مراكز التربية الخاصة تأتي بعد اتمام البرامج التربوية فيها تقدم مراكز التربية الخاصة برامج للتهيئة المهنية وتبدأ في الغالب من سن١٤ سنة ويمكن أن تصل سن ١٨ سنة.

ومن أهم اهداف التهيئة المهنية ما يلي:

أ- معرفة ميول المعوقين للمهن المختلفة في الحياة العملية

ب- تكوين الحس العملي لدي المعوقين وتنمية قدراتهم المهنية والعملية وتطويرها

ت- تهيئة المعوقين على مهن مختلفة يستطيعون من خلال العمل فيها على تأمين معيشتهم والاعتماد على أنفسهم في المستقبل

ث- تهيئة مناخ عملي ملائم للمعوقين للتكيف على العمل ومتطلباته في بيئة العمل خارج المركز

ج- تكوين اتجاهات ايجابية لدي المعوقين كحب العمل واحترام العاملين وتقديرهم.

مرحلة التدريب العملي:

يتم في هذه المرحلة إخضـــاع الفرد المعوق لدورة تدريبية تتحدد مدتها بحســب المهنة موضـــوع التدريب وقدرات وإمكانيات المتدرب، كما يتم فيها تدريب المعوق على جميع الخطوات اللازمة لإنجاز المهنة بشـــكل ســـليم والمهارات والمعدات اللازمة لذلك. وتتم الدورة التدريبية تحت إشـــراف مدربين مهنيين من ذوي الكفاءة والخبرة في مجال التعامل مع المعوقين. هذا ويجب أن تسير خطوات الدورة التدريبية وفقاً لمنهاج معد مسبقاً وأن تخضع لمعايير تقييم موضوعية ودقيقة تضمن كفاءة وتمكن المعوق من الاداء المهني المطلوب.

وتدريب الفرد المعوق على مهنة تتناســب مع قدراته وميوله وإمكاناته يتم من خلال تعريض المعوق للخبرات المناســبة، وتزويده بالمهارات المختلفة اللازمة للقيام بعمل معين، ومساعدته على تكوين سلوك مهني، ومن المبادئ الأساسية في التدريب كما وردت في منظمة العمل الدولية

– تعتبر المبادئ والأسس في تدريب وتشغيل العاديين هي نفسها التي تطبق على المعوقين بقدر ما تسمح بها الحالة الطبية والتعليمية لهم

– يجب وضع ترتيبات خاصة للمعوقين عند تدريبهم

– يجب أن يســتمر تدريب المعوق حتى يكتســب القدرات التدريبية المطلوبة للقيام بالعمل بدقة كما يقوم بها الفرد السوي

– لا جدوى من التدريب إلا إذا أدي إلى تشـغيل في المهنة التي تدرب عليها أو فيما يشبهها.

المهن المناسبة لتأهيل المعوقين عقلياً:

من الاعمال النشـطة التي يمكن تأهيل المعوقين منها: فلاحة البســاتين، تنســيق الحدائق تربية الحيوانات والطيور، أعمال الخدمة في المصـــانع والمطاعم والفنادق، اعمال المراسـلة والحراسـة، أعمال تزويد السـيارات بالبنزين، غسـيل وتشـحيم السـيارات، تصـليحالاحذية، وغسـيل الملابس، وتجميع الإنتاج وتصنيفه.

ولقد أشارت (وزارة العمل والشئون الاجتماعية السعودية) إلي أن هناك بعض المهن التي يقوم مراكز التـأهيـل المهني بتـدريـب المعوقين عليهـا وهي(قسم الكهرباء -قسمالنجارة -قسمالخياطة -قسم الأجهزة الدقيقة -قسم الالكترونيات والكمبيوتر -قســم الإعمال المكتبية -قســم تجليد الكتب -قســم تنسيق الحدائق -قسمالدهان -قسم السباكة).

كما العديد من الدراسـات إلى نماذج لبعض الصـناعات والأعمال التي يمكن تدريب المعوقين عليها:

١. **حرف بسيطة:**

أ- صناعة السجاد.

ب- صناعة الخزف.

ت- النجارة.

ث- أشغال الجلود.

ج- أشغال الخيزران والبامبو.

ح- تربية الدواجن والأرانب والأغنام.

خ- تربية الماشية.

د- المساعدة في أعمال المطبخ.

ذ- أعمال الغسيل.

٢. **بعض المهام أو الخطوات في صناعات كبيرة ومهمة:**

أ- أعمال الخدمة المكتبية (سعاه – تصوير ورق ....وغيرها)

ب- أعمال الإصلاح (السباكة).

ت- أعمال الطلاء.

مبادئ تدريب المعوقين :

هناك بعض المبادئ الضـرورية التي يجب الاخذ بها عند تدريب المعوقين في عملية التأهيل المهني لكي تسـاعد على تحقيق الاهداف المرجوة لعملية التدريب وهي:

أ- **الحوافز**: أن المعوق كغيره من غير المعوقين (العـاديين) يتـأثر بالحوافز في التعليم والتدريب فهو ضـرورة هامه لتعليم وتدريب المعوقين، فإن اكتساب المهارات يصبح سهلاً إذا تم تعزيز المعوق عقلياً أثناء أداءه للمهارات من قبل المدرب.

ب- **تجزئة العمل**: يجب تجزئة المهنة المراد تعليمها إلى أجزائها بحيث يتم تعليم كل خطوة من الخطوات على انفراد وحسـب الترتيب المنطقي بحيث يمكن إعادة المهمة من البداية إلى النهاية.

ت- **الحركات الصحيحة**: يجب التأكد على تعليم الحركات الصحيحة منذ البداية، فإذا فشـل المعوق مسـك المفك بطريقة صـحيحة فعلينا أن نريه كيفية مسـك المفك عدة مرات بغض النظر عن الوقت الذي يحتاجه لتعلم هذه المهمة.

ث- **التعليم المتباعد**: يجب أن يكون التعليم متباعداً لذا فإن ثلاث حصص متفرقة مدة كل حصة ٢٠ دقيقة تعطي مردوداً أكثر من حصة واحدة مدتها ساعة واحدة.

ج- **الحاجة إلى التعليم الزائد**: يجب ألاتتوقف عملية التعليم عند ظهور ردود الفعل الأولى الصحيحة بل يجب التأكد من أن المعلومات التي وصلت إلى المعوق قد استوعبها تماماً من خلال الاكثار من حفظ المعلومات وتكرارها عدة مرات.

ح- يجب التركيز على الدقة أكثر من السرعة.

خ- يفضل أن يكون عدد أفراد المجموعة صغيراً من أجل أن تكون الاستفادة من التعلم كبيرة.

مرحلة التشغيل :

وهو المحصلة النهائية لعملية التأهيل المهني أي النتاج النهائي لبرنامج التأهيل المهني وبداية الطريق لحياة مستقلة من الناحية الاقتصادية ومستقرة اجتماعياً ونفسياً للاندماج الكامل في المجتمع، بشكل يجعل المعوق عقلياً في وضع نفسي وبدني ومهاري قادر على التفاعل والتوافق والتكيف ومواجهة متطلبات العمل والتعامل بشفافية وإيجابية مع المحددات الطبيعية والاجتماعية التي من الممكن أن تواجهه كل من بيئة العمل الجديد وفي المجتمع ككل.

والمقصود بالتشغيل هو حصول الفرد المعوق على عمل يمكنه من الحصول على دخل منتظم لقاء ما يبذله من جهد أو ما يقدمه في معرض أنتاج السلع أو الخدمات.

كما أن التشغيل يعني إتاحة الفرصة للأفراد المعوقين لتحقيق وإثبات ذواتهم والشعور بالقيمة والقدرة على الإنتاج والتفاعل مع البيئة بمختلف مكوناتها المادية والاجتماعية والنفسية.

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه الفرد المعوق بعد استكمال عمليات التدريب المهني نحو العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من تدريب، سواء في المصانع أو الشركات أو الورش والمنزل، وبدون تحقيق هذا الهدف لا يحقق هذا الجانب في التأهيل أي نجاح، وتتوقف عملية التشغيل على عدة عوامل من بينها:

أ- مدى توافر فرص العمل الملائمة.

ب- مدى توافر التشريعات القانونية لإلزام المؤسسات والشركات والمصانع بتشغيل المعوقين.

ت- درجة الوعي في المجتمع والاعتقادات السائدة بين المصانع والشركات وأصحاب الأعمال حول ضعف كفاية أداء المعوقين.

ويقوم مكتب العمل بإيفاد المعوق إلى إحدى الجهات أو الشركات بخطاب مباشرة العمل بها، وتتعدد فرص التشغيل أمام المعوقين فهناك أنواع لتشغيل المعوقين.

أنواع التشغيل :

لا يقتصر تخصيص الوظائف للأفراد المعوقين على الوظائف المهنية بل أن واسع ليشمل جميع الوظائف حسب تصنيفها المعتمد في الدولة كالوظائف الإدارية أو الفنية أو التقنية..........الخ وتنوعت الفرص التشغيلية لتشمل الأنواع التالية:

أ- التشغيل في سوق العمل المفتوح: ويطلق عليه التشغيل الانتقائي أو التشغيل التنافسي ويستند العمل فيه على قانون العمل المطبق في الدول،ويتيح إلحاق المعوق بالأعمال الموجودة في سوق العمل مثل الشركات والمؤسسات والمصانع التي يعمل بها غير أشخاص غير معوقين.

ب- التشغيل المحمي ويعنى توفير فرصة عمل للمعوق الذي لا يصلح للعمل في سوق العمل المفتوح بينما يمكنهم العمل في مشاغل محمية عن منافسة السوق ويتم الاستخدام في هذا النظام في ظل قدرات وإمكانيات وظروف العاملين المعوقين.

- **اهداف التشغيل المحمي :**

١. توفير عمل مستمر لهؤلاء المعوقين الذين لا يستطيعون العمل تحت ظروف عادية.

٢. توفير خدمات التقييم المهني للقدرات العملية في بداية الفترة الأولي من العمل بالإضافة إلى تدريب مهني أثناء العمل.

- **صور التشغيل المحمي:**

الورش المحمية: هي مشاغل تنشأ خصيصاً لتتناسب مع ظروف وإمكانيات الأفراد المعوقين وتكون فيها العمالة دائمة للأشخاص الذين يعجزون عن الحصول علي عمل مفتوح.

العمل شبة المحمي: ويكون خاص بالأشخاص المصابين بإعاقات شديدة

ويتم أنشاء الورش المحمية من قبل الحكومة أو من قبل رجال الأعمال ذوي القناعات بأهمية تشغيل المعوقين، وذلك لتدريبهم وتشغيلهم وإعدادهم أيضاً للعمل التنافسي بسوق العمل. ويتم الالتحاق بهذه الورش طبقاً لمهاراتهم بعد الانتهاء من الإعداد المهني في التعليم النظامي.

وتميل الأنشطة في ورش العمل إلى أن تكون سهلة نسبياً للتعلم والأداء. وتنطوي على مهام نمطية مثل التجميع، التغليف، والنجارة، والتصنيع، والخدمات، والخياطة، كما تشمل أيضاً الزراعة.

والأنشطة التجارية وتختلف بيئة ورش العمل عن أماكن العمل النموذجية بسبب أن بيئات ورش العمل تميل لتلبية حاجات المستهلكين في حين تتطلب أماكن العمل العادية العمال أن يتكيفوا مع بيئة العمل.

٢. المتابعة :

تعد هذه المرحلة أحد المؤشرات التي يمكن الاسترشاد بها في التعرف إلى مدى تحقيق أهداف عملية التأهيل المهني كما كان متوقعا لها من عدمها، وفيها تتم متابعة نشاط المعوق في عملة ومعرفة درجة تكيفه في العمل، ومدى قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع زملائه بالعمل، وأيضاً تكيفه مع أسرته ومجتمعه الذي يعيش فيه، وترتبط هذه المرحلة بمرحلة التشغيل وتهتم بمدى تحقيق أهداف عملية التأهيل المهني ككل.

وتعتبر مرحلة المتابعة والتصدي للمعوقات التي تواجه المعوق في المهنة مهمة في إتمام دور مراكز التأهيل حيث يقوم المركز بأداء بعض التدريبات للمعوق التي تساعده على التكيف مع البيئة الجديدة وهي بيئة العمل التي التحق بها مثل (التواصل الفعال -ضبط النفس -إتباع التعليمات -الالتزام-خفض السلوكيات المضطربة -إلى غير ذلك) وتعد من المراحل المهمة التي يحب أن تلتزم بها مراكز التأهيل.

وتهتم هذه المرحلة بمتابعة الافراد المعوقين بعد تخرجهم من مركز التأهيل وتشغيلهم وتهدف عملية المتابعة إلى:

١. التأكد من قدرة المعوق على التكيف مع ظروف العمل، وقدرته على اقامات علاقات عمل جيدة.

٢. مساعدة المعوقين على النجاح في مشاريعهم الإنتاجية.

٣. مساعدة المؤسسة التي يعمل فيها المعوقين لتكيف ظروفها الفيزيقية والتجهيزية بما يتلاءم مع احتياجات المعوقين وبما يخدم عملية الإنتاج.

٤. التأكد من تطبيق مؤسسات تشغيل المعوقين والتزامها بقوانين تشغيل المعوقين وتأمين حقوقهم والدفاع عنها.

٥. إجراء الدراسات التقييمية والمسحية لتكيف العاملين المعوقين وإنتاجياتهم ومواقف أصحاب العمل منهم لتطوير وتنمية البرامج التدريبية.

أخصائي التوظيف ودوره، وأهميته في مجال التأهيل المهني والتشغيل للمعوقين:

يقوم أخصائي التوظيف بدور فعال في المساعدة الفردية في بيئة التوظيف لتفعيل البرنامج المقترح، ينبغي أن يكون هناك دور فعال لأخصائي التوظيف وذلك في كل مراحل البرنامج، حيث يعمل كاستشاري أو ميسر لصاحب العمل أو المؤسسة التي يعمل بها.

وبالرغم من تطور عدد من استراتيجيات استخدام مصادر الدعم الطبيعية، إلا أن هناك أدلة محدودة تصف دور أخصائي التوظيف أو موارد الدعم غير التقليدية مثل أفراد الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل وذلك كخدمات للتوظيف المدعوم.

ويعد المدرب الوظيفي أو أخصائي التوظيف الفرد المسئول أساساً عن القيام بتقييم العميل وتقديم النمو الوظيفي والتدريب على الوظيفة والتدريب في موقع الوظيفة والمتابعة المستمرة للخدمات للفرد أثناء عمله. وتتمثل إحدى الخصائص المميزة للمدرب الوظيفي في أن أخصائي التوظيف يقدم المساعدة الفردية داخل بيئة التوظيف.

وتسبق عمليات الدعم الموجودة داخل بيئة العمل لمساعدة الأفراد ذوي الإعاقات مصادر الدعم الطبيعية في الأدبيات والبحوث المهنية؛ وفي نموذج المدرب الوظيفي للتوظيف المدعوم، يتمثل أحد الأدوار الرئيسية لأخصائي التوظيف في تدريب الفرد على أداء الوظيفة، ثم يقوم بإخفاء وجوده في موقع الوظيفة بشكل منظم بعد أن يتعلم الفرد أداء الوظيفة.

وهذا التأهيل المهني يؤدي إلى نتائج إيجابية، ويساعد المعوقين على أن يكونوا متوافقين نفسياً واجتماعياً وهو ما نعرضه كما يلي:

علاقة التأهيل المهني بالتوافق النفسي والاجتماعي :

يعد القصور المعرفي والتكيفي من الجوانب المركزية الرئيسية للمعوقين، ويظهر ذلك جلياً في حالة الأفراد ذوي التخلف العقلي الذين يحصلون على درجات منخفضة في الجانب المعرفي يميلون أيضاً إلى الأداء بشكل منخفض على أبعاد السلوك التكيفي المتعددة والتي ترتبط بالجانب المعرفي مثل النشاط الاقتصادي والمهني والوقت والمسئولية، ولقد وجد أن المستوى المرتفع من السلوك التكيفي يرتبط بشكل دال بالنجاح في الناتج المهني لدى الأفراد ذوي التخلف العقلي.

كما أن المستوى المرتفع من الأداء المعرفي يسهم في التوظيف الناجح. وفي الواقع ، ومستوى القصور العقلي عند الفرد يعد محدد هام للتوظيف التنافسي ، فالأفراد ذوي التخلف العقلي البسيط يميلون إلى الوظائف التنافسية بنسبة مرتفعة عن الأفراد ذوي التخلف العقلي الشديد / العميق أو المتوسط ، ويشمل القصور في الجوانب المعرفية، الانتباه ، والذاكرة ، والإدراك البصري واللغة الوظيفية الإجرائية، كما أن أوجه القصور المعرفية هذه قد توضح أنه بالنسبة لبعض الأفراد ذوي التخلف العقلي ، وهناك صعوبات في أداء مهام الوظائف ، وجودة عمل ضعيفة مما يسهم في عدم الرضا الوظيفي ، على الرغم من إتاحة الدعم الوظيفي.

حيث تنعكس أهمية التأهيل المهني على الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد المعوق وأسرته حيث أنها تؤدي إلى زيادة تقدير وثقة المعوق بذاته وتقدير الاسرة له وباقي أفراد المجتمع، ويؤدي هذا إلى شعور المعوق بالرضا عن الذات وشعوره بأنه إنسان منتج وقادر على أداء دور ووظيفة يسهم من خلالها في خدمة الآخرين وعلاوة على ذلك فإن التأهيل المهني يكسب المعوق احترام الآخرين ويساعد على تكوين علاقات اجتماعية مبينة على الاحترام المتبادل والإحساس بالفائدة.

فالهدف الرئيسي من برامج التأهيل المهني هو مساعدة المعوقين عقلياً في حدود ما لديهم من قدرات وإمكانات وفي ضوء خصائصهم واحتياجاتهم-ليصبحوا مواطنين صالحين منتجين معتمدين على أنفسهم فيتحولون بذلك إلى فئة منتجة بدلاً من أن تكون عالة على أسرهم ومجتمعاتهم.

ولذلك فإن أي برنامج لتربية وتأهيل المعوقين عقلياً يجب أن يوجه نحو تحقيق الاهداف التالية:

- التوافق الشخصي
- التوافق الاجتماعي
- التوافق المهني

والأهداف الثلاثة السابقة لا يمكن تحقيقها بطريقة مستقلة، بخبرات مباشرة مخصصة، بعمل كل منها على تحقيق هدف واحد معين، ولكن البرنامج بأكمله وبكل ما يتضمنه من خبرات في الصف الدراسي أو الملعب أو الورشة، يعمل على تحقيق هذه الاهداف مجتمعة.

ويهدف التأهيل النفسي أثناء مرحلة التدريب المهني إلى:

١-مساعدة المعوق على فهم خصائصه النفسية ومعرفة إمكانياته وقدراته

٢-تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منة المعوق وضبط عواطفه وانفعالاته

٣-تعديل بعض السلوكيات الخاطئة

٤-مساعدة المعوق في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها

٥-تطوير وتنمية اتجاهاته الايجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع

٦-تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وبالآخرين

ويرجع ارتباط برنامج التأهيل المهني بالتوافق النفسي والاجتماعي للمعوقين عقلياً، للآتي:

أ- شعورهم بالاكتئاب واليأس بسبب حالة عجزهم.

ب- تبنيهم لأنفسهم دوراً سلبياً مع نقص الدافعية لديهم.

ت- خوفهم من انقطاع مساعدتهم مالياً بعد تأهيلهم.

ث- سماتهم الشخصية المتمثلة في العدوانية والضغينة، وعدم النضج التي تظهر منهم في موقف التأهيل.

ج- نقص العرض في مجال العمل أو نقص الطلب على توظيف المعوقين.

الإرشاد النفسي لأسر الأطفال المعوقين سمعياً:

تعتبر خدمة الإرشاد النفسي إحدى الخدمات ضمن برنامج التوجيه النفسي في أي مؤسسة تربوية أو مهنية أو اجتماعية أو صحية. كما تعد خدمة الإرشاد النفسي قلب التوجيه النفسي لأنها هي التي تهيمن على الخدمات الأخرى من حيث التخطيط والإعداد لها من حيث التنظيم والإدارة لكل ما يتعلق بها.

وسيتم عرض عدد من النقاط ذات الصلة بالإرشاد النفسي لأمهات الأطفال المعوقين سمعياً مثل (تعريف الإرشاد-الإرشادالنفسي-البرنامجالإرشادي-الخدمات الإرشادية المقدمة لأسر المعوقين سمعياً). على أساس أن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً تعبر عن أسر أطفال معوقين سمعياً.

١-تعريف الإرشاد:

يعرف الإرشـــاد بأنه العملية البناءة التي تســتهدف تقديم المســاعدة الموجهة للفرد لكي يفهم ذاته ويعرف خبراته وينمي إمكانياته ويحدد ويحل مشكلاته الشخصية والتربوية والمهنية في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصــل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصــحة النفســية والتوافق على كل المستويات وهذه العملية تتم خلال جلسات تشتمل على تفاعل المرشد مع الفرد (العميل).

وعرف أيضاً بأنه عبارة عن عملية تعليمية تساعد الفرد على أن يفهم نفسه بالتعرف على الجوانب الكلية المشكلة لشخصيته حتى يتمكن من اتخاذ القرار بنفســه وحل مشكلاته بموضـوعية، كما يسـهم في نموه الشخصـي وتطوره الاجتماعي والتربوي والمهني وتم ذلك من خلال علاقة إنســانية بينه وبين المرشد الذي يتولى رفع العملية الإرشادية نحو تحقيق الغاية منها بخبراته المهنية.

كما يعرفه البعض بأنه عملية العلاقة المهنية والصلة الإنسانية المتبادلة التي تم من خلالها التفاعل بين طرفين أحدهما متخصــص وهو المرشــد النفسي والذي يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر وهو صاحب المشكلة في موقف الإرشـــاد والهدف من تلك العلاقة المهنية هو المســاعدة في فهم المشكلة والكشف عن مواطن القوة في شخصية العميل ومن ثم يحرك لديه الدافع لحل مشكلته.

والإرشاد لا يعني تقديم خدمات جاهزة لصاحب المشكلة، ولكنه يهدف إلى تبصــير صــاحب المشــكلة بمشــكلته وإعادة تقييم قدراته وإمكاناته وتشجعيه على اتخاذ القرار المناسب.

ويعرف بأنه علاقة مهنية بين مرشد ومسترشد، يسعى المرشد فيها إلى مساعدة المسترشد على مساعدة نفسه بنفسه ويتحقق ذلك بتوفير فرص التعلم وتطور للمسترشد يتسنى له الاختيار وحل المشكلات الانفعالية أو التربوية أو المهنية أو غيرها.

وهو عملية بناءه تهدف إلى مســـاعدة الفرد، لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته، وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته، في ضوء معرفته، ورغبته، وتعليمه، وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا، وتربويا، ومهنيا، وأسريا.

كما يعرف بأنه نوع من التوجيه يهدف إلى مســـاعدة الفرد على فهم ما يعانيه من مشكلات انفعالية والتبصر بالأسلوب الذي يستحسن إتباعه حتى يتغلب على ما يعانيه من مشكلات، والإرشاد النفسي تم في صورة مقابلات تجري فيها مناقشات ذات طبيعة انفعالية يقوم فيها المعالج أو المرشد النفسي بتكوين علاقة مهنية مع المريض الذي يســعى إلى إزالة أو تعديل أو تخفيف أعراض مرضية أو تغير أنماط سلوكية تهدف إلى تعزيز وتقوية ذاته.

فوجود الخدمات النفسية والإرشادية تساعد على الوقاية من الوقوع في الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية، وكذلك تقوية ثقة الفرد بنفسه وشعوره بالأمن ومساعدته على حل المشكلات في جمع المجالات التربوية والمهنية والزواجية والأسرية؛ مما تساعد الفرد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والتمتع بقدر عالٍ من الصحة النفسية.

وتعتبر الخدمات الإرشادية من أرقى الخدمات التي تقدم للأفراد، لما لها من أثر كبير في مساعدة الفرد على حل مشكلاته وتعديل سلوكه وتوجيهه نحو الطريق السليم، وهذا هو دور المرشد النفسي الذي يرشد ويوجه ويعدل السلوك ويقومه ويزيد ثقة الفرد بنفسه وقدراته وإمكاناته ويساعده على التكيف النفسي والاجتماعي، بالإضافة للعديد من الخدمات الإرشادية التي يقدمها المرشد للمسترشدين، ولكي يكون لهذا الدور فاعلية ينبغي على هذا المرشد أن يمتلك العديد من القدرات والمهارات والفنيات والإمكانات التي تؤهله للقيام بهذه المهمة على أكمل وجه، فالإرشاد النفسي هو علم وفن معاً، فهو علم لأنه مبني على نظريات وأصول عليمة، وهو فن لكونه يستخدم استراتيجيات وتكتيكات وفنيات ومهارات معينة.

فقد ظهرت الحاجة إلى خدمات الإرشاد النفسي مع تزايد الانفجار المعرفي والتقدم التكنولوجي والتطور الحضاري، وما صاحب ذلك من تغيرات سريعة عميقة أدت إلى تخلخل الكثير من القيم واختلاف أساليب الحياة التي يعيشها الفرد وتعدد وسائط التنشئة الاجتماعية التي تسهم في تنشئته عبر مراحل نموه المختلفة، وقد صاحب هذا بالضرورة تعدد الالتزامات المفروضة على الفرد وتنوع أساليب إشباعها، ثم تعقد وسائل التوافق التي يجب على الفرد تعلمها؛ فزادت أعباء الفرد النفسية والانفعالية والعقلية، وبدت الحاجة ملحة إلى الإرشاد النفسي باعتباره خدمة ضرورية تسهم في تخفيف حدة هذه الأعباء، وتساعد في فهم الفرد لنفسه وتحقيق سبل تكيفه.

الإرشاد الأسري:

يفسر الإرشاد الأسري على أنه علاقة تعاون بين مهني متخصص ووالدى الطفل، وكلاهما يعملان علي تحقيق فهم أفضل لهمومهما ومشكلاتهما ومشاعرهما الخاصة، فهو عملية تعلم تركز على النمو الشخصي للوالدين، وكيفية إكتساب وتطوير واستخدام مهاراتهما لحل مشكلة الإعاقة عند طفلهما، ولم تقف عملية الإرشاد عند هذا الحد بل حاولت أن توظف الأسرة وجعلها ذات فعالية في معالجة الإعاقة العقلية، وإعادة تأهيل الطفل.

ويتوسع الإرشاد الأسري ليشمل مجموع الخدمات الإرشادية المقدمة من قبل المرشدين وذوي الإعاقة؛ لتلبي حاجات الطفل وأسرته، ويلعب الإرشاد الأسري دوراً مهماً في خفض التوتر الأسري والحد من تأثير الإعاقة علي تكيف الأسرة والطفل للحالة الجديدة، وقد لا يستطيع الوالدان القيام بهذه المهمة مالم يكن هناك دعم من أعضاء الأسرة.

ويركز الإرشاد السري على عملية التكيف في الحياة ويعطيها حيزاً مهماً في برامجه لغرض توجيه الأسرة الوجهه العلمية الصحيحة.

وبالرغم من ذلكفإن مشكلات الإرشاد السري كثيرة منها ما يتعلق بالأسرة، ومنها ما يتعلق بالإرشاد وأدواته، حيث نجد أن أعضاء الأسرة هم بشر عاديون لهم طاقة تحمل محدودة، لذلك مساعدة المرشدين الإخصائيين مطلوبة في التخفيف من المشاعر المصاحبة لولادة طفل معوق.

كما أن جزءاً من هذا الإرشاد يتناول تغيير معتقدات وإتجاهات سلبية عند الأسرة بشأن الطفل وإعاقته ومحاولة استبدالها بمواقف إيجابية، فنخلص إلى أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها آباء وأسر المعوق وافتقارهم إلى كيفية التعايش معها وإدارتها من مشاكل الإرشاد الأسري.

ومن بين الضغوط التي تعيشها أسرة المعوق ع الإرشاد الأسري ما يلي:

أ- قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة وأسبابها وكيفية التعامل معها.

ب- عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة وبرامج الرعاية الإجتماعية.

ت- ضغوط مادية حيث تستلزم رعاية الطفل كلفة مادية.

ث- شكوك الوالدين في جدوى تعليم الطفل وتدريبه.

ج- المشكلات السلوكية والصحية لدى المعوق.

أما فيما يتعلق بمشكلة الإرشاد الأسري نفسه، فهناك من المعوقات ما يضعف الهدف من عملية الإرشاد ومن هذه المعوقات ما يلي:

أ- محدودية المرشدين المدربين والمعدين للتعامل مع هذه الفئات.

ب- الخوف من التعامل مع هذه الفئة.

ت- عدم وجود مراكز أو مؤسسات لدعم أسر هذه الفئات.

ث- ندرة الإمكانيات المادية المتاحة لتقديم الخدمات الإرشادية بشكلها المأمول.

فالإرشاد الأسري بدعم الأسرة ويساعدها لتساعد نفسها وتتخذ القرارات وتحل المشكلات التي تواجهها وتحتاج أسر الأطفال المعوقين إلى الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة عن سبب الإعاقة وطبيعتها وما يمكن عمله لمساعدة الطفل المعوق فالأسرة غالبا ما تشعر بارتباك شديد وخوف كبير بسبب عدم قدرة الطفل على القيام بالمهارات التي يظهرها الأطفال الآخرون في سنه.

بدأت خدمات الإرشاد الأسري في التربية الخاصة منذ مجيء الطفل المعوق بحيث يحدث تقبل للطفل والتسليم بالأمر الواقع وتعديل اتجاهات أعضاء الأسرة تجاه الطفل وتجنب الحماية الزائدة له والخوف غير العادي عليه وتخليص الوالدين من مشاعر الذنب والخجل بخصوصه وذلك بما يحقق للطفل المعوق أقصى إمكانات للنمو العادي.

كما أنه عملية تساعد أفراد الأسرة (الوالدين، الأولاد، وحتى الأقارب) فرادى أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية.

وعملية إرشاد آباء الأطفال غير العاديين هي تلك العملية التي تهدف إلى مساعدة الآباء ليصبحوا أفراد يعملوا على أكمل وجه لمساعدة أطفالهم على التوافق الأسري الجيد.

ويقصد بإرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنها عملية مساعدة بين محترفي مهنة الإرشاد من ذوي الخبرة الواسعة وآباء الأطفال غير العاديين الذين يعملون نحو فهم أفضل لعمومهم ومشكلاتهم ومشاعرهم.

ويعرفه البعض بأنه مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة الطفل المعوق ولا سيما الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود طفل معوق أو ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة أو التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنه من قدراته.

كما أنه المدخل العلاجي الذي يتخذ من الأسرة نقطة انطلاقه ومحور ارتكازه وليس الفرد الذي حدد كمريض فقط بل أن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيدا.

ويذكر البعض أن الإرشاد الأسري عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين، الأبناء وحتى الأقارب) فرادي وجماعات في فهم الحياة الأسرية لتحقيق سعادة واستقرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره.

وهو الذي ينظر إلى أسرة المعوق كوحدة متكاملة تتضمن انساقا فرعية بينها تفاعل وكذلك يتناول التفاعلات المرضية أو المضطربة داخل الأسرة بهدف إحداث تغير لهذه التفاعلات لتنمية التواصل الإيجابي داخل وخارج الشق الأسري تحقيقا للتوافق الأسري.

وهو مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة المعوق خاصة الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة علي وجود طفل معوق لديها سواء ما يتعلق منها بأساليب التنشئة الاجتماعية أو ما يتعلق بتأهيله وكل ما من شأنه يحقق للمعوق أقصى استفادة من قدراته.

ويعرف الإرشاد النفسي بأنه : تقديم خدمة إرشادية للأطفال المعوقين بشكل فردي أو جماعي والاستفادة بقدراتهم وطاقاتهم بهدف تنمية مهاراتهم النمائية والتي تساعدهم على التكيف مع أنفسهم ومع الآخرين.

٣-البرنامج الإرشادي:

تعتبر المشكلات التي يعاني منها المعوق ما هي إلا محصلة للتفاعلات الأسرية الخاطئة يفوق تأثيرها الإعاقة ذاتها، وبالتالي فعلاج تلك التفاعلات في نطاق الأسرة وفي وجود الطفل المعوق سمعياً يسهم بشكل أو بآخر في تقبله لذاته وللآخرين، وبالتالي ضرورة وضع برامج إرشادية لمساعدة أسر الأطفال المعوقين على التدخل المبكر وتقديم الخدمات لطفلهم مما يساعد على توافق وتكيف الطفل المعوق مع نفسه ومجتمعه حيث أن مشاركة الآباء في برامج الطفل هو مطلب تشريعي فمشاركة الوالدين في برامج الطفل يساعدهم على تفهم حاجات طفلهم وتنمية قدراتهم على التواصل معهم

والبرنامج الإرشادي بأنه مجموعة الأنشطة (الألعاب والممارسات العملية المخططة المنظمة) في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية للطفل المعوق وأسرته ومعلميه بطريقة مباشرة أو غير مباشرة فردية أو جماعية بهدف تحقيق التوافق النفسي للطفل المعوق.

كذلك يعرفه البعض مجموعة من المعلومات والمهارات التي تم عن طريقها إشباع الحاجات الأساسية للأطفال الصم وإكسابهم بعض المهارات النمائية وتحسين عمليات التواصل مع الأسرة ومع البيئة المحيطة.

الخدمات الإرشادية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة:

نقدم في هذا الموضوع نموذج لأسر طفل معاق سمعياً ، كما قدمنا في أولاً نموذج التأهيل المهني لمعوق عقلي ، فنجد أن الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة يحتاج للمتابعة المستمرة في فحص معينات السمع ولذا تشارك أسرته في خدمات التدخل المبكر مثل تعليم لغة الإشارة وتنمية أساليب لغوية محددة والمشاركة في علاج اللغة والكلام ، وتتعدد مسئوليات على كاهل الأسرة مما يؤثر على مشاعر الأسرة والذي بدوره يؤثر على مستقبل طفلهم ولذا نجد أن الكفاءة الذاتية للأمهات تقلل من أعراض الاكتئاب لديهن وتعكس الاستجابات الإيجابية لأطفالهن التي تمثل الدفء والحنان والحب .

وتحتاج أسر الأطفال المعوقين إلى الحصول على المعلومات عن سبب الإعاقة وطبيعتها وما يمكن عمله لمساعدة الطفل المعوق في الأسرة فتشعر الأسرة بالارتباك شديد وخوف كبير بسبب عدم قدرة الطفل على القيام بالمهارات التي يظهرها الأطفال الآخرون.

كما أن الآباء والأمهات قليلا ما يجدون أخصـــائيين يتفهمون مخاوفهم أو يزودونهم بمعلومات كافية عن وضع أطفالهم ومستقبلهم وحتى في حالة تشـخيص الطفل رسـميا فإن المعلومات التي تقدم للأسـرة حول مضــامين ومعاني الإعاقة غالبا ما تكون محدودة، لذا يعتبر تدريب والدي الطفل المعوق عنصــر رئيســي في برامج التربية الخاصــة لأنه يســاعدهم على اكتســـاب المهارات التي من شـــأنها تجعل منهم معلمين فاعلين لطفلهم المعوق.

وتحتاج أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أن تجد من يستمع إليها وينفس عن مشــاعرها وعندما تتقابل الأسـر ذات الظروف المشـتركة في الإعاقة تبدأ عملية التئام الجروح وهذا ما يبرز قيمة جماعة المســـاندة كما أن مساعدة أصدقاء الأسرة التي بها طفل معوق في التخفيف من آلامهم فعادة يحاول الأصـــدقاء إزالة بعض المشــاعر التي يشـعرون بها بالعزلة والاكتئاب.

ويحتاج الوالدان للمساعدة المهنية وذلك لمواجهة حاجات طفلهم بطريقة ملائمة ومن أهم هذه المســـاعدات لغة التواصـــل مع أطفالهم حيث يعبر الوالدان عن هموم كثيرة وشعورهم بانخفاض مستوى المساندات وخاصة التواصل مما يعمل على عدم تفهم أطفالهم وزيادة الخوف عليهم وعدم الثقة فيهم.

وقد وفســـرت فتاة تدعى **Bushra Ahmed** أن والديها يعانيان من إحباط بســـبب صـــممها ووصـــفت قلة ثقتهم في قدرتها فقالت «كانت أمي مذعورة ومنزعجة لم تعرف كيف تتواصـل معي شـعرت أن ذلك سـيكون أمراً مستحيلاً أرادت مني أن أسمع ككل الناس فهي لا تريد طفل أصم.

لذلك كان لابد من مســـاعدة الأســـرة على التواصـــل مع طفلها المعوق والتأكيد على أهمية تعليم الوالدين لغة الإشـــارة مبكرا لا كوســـيلة فقط للتواصـــل بل كأداة رئيســـية لضـــمان معرفة الطفل المعوق عن الثقافة والمجتمع والدين.

ويهتم البعض بأهداف إرشــاد أســر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصــة والتعرض لأهم الخدمات وتلبية حاجات هذه الأســر. وذلك لأهمية إرشـــاد هذه الأسر وتوعيتهم بإعاقة أبنائهم ودورهم في التعامل مع هذه الإعاقة كما أن للوالدين حاجات خاصـــة يجب التعرف عليها والعمل على تلبيتها بهدف تقديم المساعدة في إكسابهم التكيف مع طفلهم المعوق سمعياً.

ومن أهداف إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي: -

- مساعدتهم على تقبل الإعاقة والطفل المعوق.
- مساعدتهم على إدراك طفلهم بأنه طفل أولا وأن لديه درجة من الإعاقة طلبت العناية.
- مساعدتهم على فهم الحقائق والنتائج المرتبطة بإعاقة الطفل وكيفية مساعدته.
- مساعدتهم على فهم مشاعرهم وتبني أفكار عقلانية نحو الإعاقة والطفل المعوق.
- مساعدتهم على مواصلة تطوير تحقيق ذاتهم الخاصة.

ومن أهم الحاجات الخاصة بأسر المعوقين والمراد تلبيتها: -

١. الحاجة إلى معلومات: يشكل الحصول على المعلومات حاجة ملحة بالنسبة للوالدين كما يلي: -

أ- فهم حالة الطفل بصورة أعمق ومعرفة معلومات تتعلق باحتياجات مستقبلة.

ب- معلومات تتعلق بكيفية التعامل مع الطفل وتعليمه وإكسابه المهارات الأكاديمية.

ت- معلومات تتعلق بمراحل نموه والمساعدات التي تقدمها للمجتمع.

٢. الحاجة إلى الدعم: يحتاج الوالدان إلى الدعم من قبل المهنيين والأخصائيين ويمكن أن تكون مصادر الدعم رسمية أو غير رسمية كالجيران والأصدقاء.

٣. الحاجات الاجتماعية: ضروري توفير خدمات لمساعدة الوالدين في التفاعل الاجتماعي ومساندة المجتمع المحلي لهما من جميع المصادر المختلفة.

٤. الحاجة إلى الخدمات المجتمعية: وتشمل الخدمات في هذا المجال الزيارات المنزلية والخدمات الإرشادية والتوجيهية.

٥. الحاجات المرتبطة بوظيفة الأسرة: لابد من توفير أنظمة دعم داخلية في الأسرة لمساعدة أعضاء الأسرة على العيش. فكثيرا من الأسر لا يحصلون على الخدمات المناسبة بسبب تمركز الخدمات في مناطق جغرافية معينة قد يصعب على الوالدين الوصول إليها.

٦. الحاجة إلى تشكيل نوادي وجمعيات تضم أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة: لتبادل المعلومات، والدفاع عن حقوق أبنائهم ومطالبة الجهات الرسمية بتوفير ما يحتاجه أبناؤهم.

ويشير البعض إلى بعض الحاجات لأسر المعوقين مقسمة في قسمين هما: -

- الحاجات المتعلقة بالتغلب على المشـاعر التي تصـاحب وجود طفل معوق لديهم، تتمثل هذه الحاجات في الآتي: -

أولاً: -الحاجة إلى معرفة أن اللوم سـواء لوم النفس أو لوم الطفل نفسه لا يجدي في حالة وجود الإعاقة.

- الحاجة إلى المسـاعدة من قبل المختصـين ومن الأقارب والأصـدقاء والجيران.

- الحاجة إلى المسـاعدة للتخطيط لنمو أو أسـلوب الحياة مع طفلهم المعوق.

- الحاجة إلى الشـجاعة للاتصـال بالمختصـين لطلب التوضـيحات والاستشارات الخاصة بردود أفعالهم ومشاعرهم.

ثانيا: -الحاجات المتعلقة بالطفل المعوق نفسـه: وتتمثل هذه الحاجات في الآتي:

- الحاجة إلى معرفة حالة الطفل (طبيعة الإعاقة، مسـبباتها، إمكانية علاجها).

- الحاجة إلى المعلومات والنشـرات الخاصـة بطبيعة إعاقة الطفل لمسـاعدتهم في اكتسـاب الخبرة النظرية بطبيعة الصـعوبات التي يواجها الطفل.

- الحاجة إلى فهم لغة المختصين.

- الحاجة إلى معرفة كيفية التعامل مع الطفل في المنزل والتخطيط التربوي له.

- الحاجة إلى فهم الأهداف التعليمية لبرنامج رعاية الطفل.

- الحاجة إلى معرفة المستقبل المتوقع للطفل.

إذا كان هناك دواء موصـوف للطفل، فإن أولياء الأمور يكونون في حاجة إلى معرفة تأثيره وفوائده والأعراض الجانبية له أن وجدت والأدوية البديلة له في حالة عدم توافرها فهم في حاجة لأن يشـعروا أن المختصـين سواء في المدرسة أو في المؤسسة أو في المراكز العلاجية مهتمون بحالة الطفل.

وأسر المعوقين تحتاج إلى عدد من الخدمات الضرورية التي هم في حاجة إليها لتلبية حاجاتهم والتي تؤدي بهم إلى التكيف مع طفلهم المعوق ومنها: -

- إمداد الأسر بمعلومات عن الإعاقة وأسبابها وآثارها ودورهم في التخفيف من الآثار السلبية الناجمة عنها وطرق التواصل مع طفلهم الأصم.

- تزويد الأطفال أنفسهم بمعلومات عن البيئة المحيطة بهم بهدف دمجهم فيها والخروج من عزلتهم.

- إمداد الأسر بالدعم المجتمعي المتمثل في تبصيرهم بالجمعيات والمراكز ونوادي الصم التي تقدم الخدمات لأطفالهم.

- إمداد الأسرة بالدعم الاجتماعي المتمثل في إتاحة الفرصة للتحاور والتعبير عن الرأي وخاصة في الجلسات الجماعية من أولياء أمور الأطفال حيث يساهم ذلك في خفض مشاعر القلق الأسري.

- تبصير الأسرة بكيفية العمل على تلبية حاجات الطفل بهدف إكسابهم المهارات التي من شأنها أن تجعل منهم معلمين فاعلين لطفلهم المعوق وكيفية مواجهة المشكلات المترتبة على وجود هذا الطفل.

- عقد جلسات لأولياء أمور الأطفال المعوقين والمعلمين والأخصائيين داخل المدرسة وإمدادهم بمعلومات عن الأداء الأكاديمي لأطفالهم ومناقشة المشاكل المرتبطة به.

مما سبق يتضح أن الأسر التي لديها طفل معوق تعاني من الإحساس بالإحباط، والعجز فهم يرون طفلهم لديه مشكلة مستمرة معه طول العمر دون أن يكون لديهم القدرة على مساعدته مما يؤدي إلى إحساسهم بالقلق والاكتئاب والأعصاب وذلك خوفا على مستقبله حيث يوجد لدى الوالدين تصورات سلبية عن الإعاقة ومستقبلها فنحن نعيش في مجتمع لديه اتجاهات سلبية نحو الإعاقة مما يزيد لدى الآباء والأمهات مشاعر القلق والعصابية والإحساس بالحزن والآسي.

وتزداد هذه المشاعر بصفة خاصة عند الأم وذلك نتيجة لتعدد أدوارها داخل الأسرة وخاصة الأم العاملة فإعاقة ابنها تضيف إلى أعباءها الأسرية أعباء جديدة خاصة بإعاقة طفلها، وكذلك عدم التواصل بين الأم وطفلها المعوق بسبب الافتقار إلى وسيلة اتصال بينهم يعطي الأم الإحساس بالفشل في معرفة احتياجات طفلها ويجعلها تحس بالغربة معه مما يزيد لديها من مشاعر القلق والعصابية.

وذكرنا أيضا أن نسبة الإناث اللاتي تتعرضن للعصابية أكبر من نسبة الرجال فنجد الأم التي لديها طفل معوق سمعياً تكون معرضه هي الأخرى للعصابية.

ومن هنا يتضح لنا أن والدي المعوقين سمعياً وخاصة الأمهات يعانون من القلق النفسي والعصابية، فكانت الحاجة إلى تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية لهؤلاء لإعدادهم لتقبل حقيقة طفلهم الأصم ومساعدتهم على مواجهة المشكلات الحياتية اليومية أثناء التعامل معه بما يخفف عنهم الضيق والتوتر والقلق والعصابية.

وبالتالي يصبح هؤلاء قادرين على مساعدة أبناءهم على أكمل وجه، حيث أن مشكلات الأطفال المعوقين سمعياً هي نتيجة المشكلات الأسرية التي تحدث داخل الأسرة نتيجة للتوتر والقلق والعصابية لذلك لابد من الحد من تلك المشكلات بتقديم برامج لأسر الأطفال المعوقين التي تساعدهم على فهم طفلهم المعوق سمعياً وتنمية قدرتهم على التواصل معه.

هنا نجد أن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فحسب ولكنها تؤثر على الأسرة بشكل عام وعلى الوالدين بشكل خاص فللولدين حاجات خاصة يجب معرفتها والعمل على تلبيتها بهدف تقديم المساعدة في إكسابها للتكيف مع طفلهم المعوق.

ومما يحقق إيجابيات وأهداف الإرشاد الأسري عدد من النقاط منها:

أ- تنمية وعي الوالدين والإخوة بالمشكلات التي ستترتب على وجود طفل معوق بالأسرة.

ب- تنمية وعي الوالدين وإخوة المعوق بطبيعة الضغوط الإنفعالية الناجمة عن عن وجود طفل معوق بالأسرة وما يترتب عليه من عدم فهم لهم أم بالمعوق نفسه.

ت- مساعدة أعضاء الأسرة على تبني إتجاهات إيجابية نحو الطفل المعوق.

ث- تعزيز وحدة الأسرة وتماسكها ووقايتها من عوامل التفكك.

ج- مساعدة الأسرة علي توظيف طاقاتها ومواردها بما يحقق تكامل الحياة الأسرية بين رعاية الطفل وإشباع حاجاته، والوفاء باحتياجات بقية أعضاء الأسرة.

وكذلك أسر التوحديين كباقي أسر ذوي الحاجات الخاصة يحتاجون إلى الخدمات الإرشادية لمساعدتهم على التكيف مع حالة أطفالهم ، ويحتاجون إلى من يلب حاجاتهم الخاصة ، وهنا يتبادر إلى الذهن وهو هل تحتاج الأسر إلى مرشد مهني متخصص (إكلينيكي) أم تحتاج إلي إخصائي آخر مثل (معلم ، مدير ، إخصائي إجتماعي ، موجه تربوي ، أو ولي أمر أو أي واحد آخر يؤدي الدور المطلوب للنجاح في هذا العمل) ممن تتوافر لديه الخصائص المعرفية والشخصية والاستعدادات والمهارات الارشادية لتقديم المساعدة للأسر وقت الحاجة إليها كتغيير المهارات الشخصية وتحسين التوافق والتأقلم مع متطلبات الحياة المتغيرة واكتساب العديد من المهارات ذات العلاقة بحل المشكلات واتخاذ القرار .

فدور هذا الشخص (المرشد) هام جدا في نجاح عملية الارشاد لذلك نتعرف على سماته وخصائصه التي يجب أن تتوافر فيه ومنها:

ح- الكفاءة العقلية.

خ- القاعدة المعرفية الواسعة من نظريات الارشاد.

د- الحيوية والنشاط.

ذ- الشعور بالمودة نحو الآخرين والرغبة في العمل معهم.

ر- الوعي بالذات.

ز- الوعي بالخبرات الثقافية.

س- القدرة على الإقناع.

ش- احترام استقلالية المرشد.

ص-المحافظة على أسرر العملاء.

ونعرض في الفصل القادم لأحداث الحياة اليومية بما فيها من أحداث الحياة السارة والأخرى غير السارة، وبخاصة السارة والتي هدفها الانساني الأسمى هو سعادة المعوق وأسرته.

الفصل السابع
أحداث الحياة اليومية

مقدمة:

يُعد كلاً من هولمز وراهي (**Holmes& Rahe**)هما رواد الدراسات الأولية لمفهوم أحداث الحياة دراسة علمية ، حين قاما بوضع دليل لقياس أنماط التوترات والتغيرات التي يعيشها الفرد أطلقا عليه مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي (**Social Readjustment Rating Scale**) أو جدول الأحداث الحياتية (**The Schedule of Recent Event**) وذلك بعد مراجعة تاريخ الحياة لأكثر من (٥٠٠٠) حالة وكانت القائمة مكونة من (٤٣) بنداً تتضمن الأحداث التي تبدو أنها ضاغطة لمعظم الناس . ووفقاً للمنطق النظري بأن مصدر التوتر يسبب اضطراباً في الاتزان الحيوي للإنسان .

فقد قاما الباحثان بترتيب هذه الأحداث بوضع وزن نسبي لكل حادثة يُعرف بوحدة تغير الحياة (**life change unit**) الذي يُعد مؤشراً لدرجة الاضطراب الذي يحدثه هذا الحدث الضاغط، وقد قاما الباحثان فيما بعد بإجراء عدة دراسات أوضحت الارتباط الوثيق بين أحداث الحياة الضاغطة والاختلال العضوي الذي يؤدى إلى المرض.

فإذا كان السلوك البشرى يتصف بطبيعته الدينامية، وصوره المتغيرة، وكانت ظروف الحياة في تقلب وتغير دائمين، فإن الكائنات الحية تنزع مجبرة إلى تعديل سلوكها، أو تغيير أنماط استجابتها كلما تغيرت الظروف البيئية التي يعيشون في كنفها، والأكثر من ذلك أن الإنسان يضطر إلى إحداث تعديلات في جوانب البيئة ذاتها لتقليل الضغوط المفروضة عليه والقيام بعملية التوافق.

كما تعرف أحداث الحياة بأنها:خبرات، أزمات وانفعالات يمر بها الفرد خلال حياته.

وكذلك تعرف أحداث الحياة بأنها الأحداث القريبة أكثر من البعيدة في الزمن، وقد صنفت تصنيفين هما:

الأول: هو أسلوب حياة الفرد.

الثاني هو الأحداث التي تلم بالفرد.

ونوضح أن هناك طرق مختلفة لتصنيف أحداث الحياة، فالأحداث قد تصنف على أنها إيجابية أو سلبية أو أنشطة تحدث في الوقت الراهن (أوفى المستقبل) أو حدثت في الماضي، كما يمكن تصنيفها إلى التي تقع مسئوليتها على الشخص نفسه أو تلك التي تحدث له، ويعتبر هو بصورة أو بأخرى مجرد مستقبل لها.

وقد صنفت كذلك أحداث الحياة إلي:

١. أحداث عامة وهي تشـــير إلى الوقائع أو الأحداث التي تمثل خبرة عامة لدي الفرد (مثل الزواج، الوفاة، المرض).

٢-أحداث نوعية وتشمل التغيرات الاجتماعية وال ثقافية.

كذلك يمكن أن تصنف في ضوء المراحل العمرية للفرد على اعتبار أن خبرات الفرد تختلف من مرحلة إلى أخرى كما يمكن أن تصـــنف تبعاً لطبيعة الدور الذي يلعبه الفرد، فالإنســان يمر بخبرات مختلفة تفرض عليه أدوارا جديدة تشـــكل حياته مثل دور الأب والمدرس ورجل الأعمال وغيرها ويرتبط كل من هذه الأدوار بمكانة اجتماعية معينة.

كما أن التحول من دور إلى أخر يفرض عمليات تكيف تختلف باختلاف الدور ومدى التقدير الاجتماعي الذي يضفيه المجتمع عليه.

كذلك صنفت أحداث الحياة إلى أربع فئات هي:

١- أحداث الحياة الأساسية:

وهي تشـير إلى الأحداث ذات التأثير الكبير في حياة الفرد ويتبعها تغير كمي في حياته مثل الزواج، والحصـول على وظيفة،والترقي فيالوظيفة، أو الموت، أو فقدان العمل.

١- منغصات الحياة اليومية:

وهي تشير إلى الأحداث التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية والتي تتغير مع تغير هذه الحياة مثل التشـــاجر في المنزل، أو العمل، أو الإزعاج من قبل الآخرين .

٢- الأحداث ذات الطبيعة الخاصة:

وهي تشير إلى الأحداث الخاصة في حياة الفرد مثل الإجهاد،الضوضاء، والإعاقة .

٣- ٤-توترات الدور:

وهي تشير إلى حدوث التوترات المصاحبة لأداء الأدوار الحياتية.

مفهوم أحداث الحياة السارة :

لقد مضــى علم النفس حينٌ من الدهر اهتم فيه المتخصصـون بالجوانب المرضية غير السوية كالاضطرابات والأمراض والانحرافات على حساب الجوانب الإيجابية في الشـخصـية مثل: التفاؤلوالأمل،والسـعادة، والرضـا والسـرور فضـلاً على الجوانب الإنسـانية الراقية مثل معنى الحياة، نوعية الحياة، جودة الحياة، بالإضـــافة إلى الجوانب الإيجابية في علاقة الإنســـان بـأخيـه الإنســـان وبـالبيئـة التي يعيش فيهـا مثـل التكيف والتوافق وحـل المشكلات والصراعات والدعم الاجتماعي ....وغير ذلك كثير.

فنظرة علم النفس الإيجابي شديدة الوضوح في إنسانيتها معليه إلى أبعد حد من قيم المثل والفضائل التي توصلت إليها البشرية من عدل وحق ورحمة وتعاون وسلام وأمن، وخير وسعادة للناس كافة والبشر قاطبة .

إن الجوهر الذي تقوم عليه فلسفة علم النفس الإيجابي يكمُن في أن الإنسان يولد ولديه العديد من المشاعر الايجابية والسلبية التي تستثار وتبرز على السطح من خلال المواقف والخبرات التي يتعرض لها، ويقوم علم النفس الايجابي على المبادئ الثلاث الآتية:

١- أن تنمية المشاعر الايجابية عند الأبناء من شأنها أن تساعد في نمو وبناء قدراتهم العقلية ومهاراتهم الاجتماعية ولياقتهم البدنية التي تكون شخصياتهم فيما بعد .

٢- أن استثارة المشاعر الايجابية وبثها لدي الطفل منذ نعومة أظافره تساعد على تنشيط وتصعيد سلسلة من العمليات التي من شأنها أن تدعم بدورها هذه المشاعر.

٣- أن السمات الايجابية التي يظهرها الطفل هي في الأساس فطرية وبيولوجية مثلها مثل السمات السلبية.

وتعرف أحداث الحياة الايجابية بأنها: الأحداث التي تُرى على أنها تمثل حاجز نفسي ضد الضغوط تتكون من حالات الشعور الايجابي والتي تيسر عملية التكيف مع الضغوط.

وتعرف أحداث الحياة السارة بأنها: هي الأحداث التي عندما تمارس تجلب السرور والسعادة وترفع من الشعور الإيجابي تجاه الحياة، وتكشف عن الكثير من الاهتمامات والميول والتفضيلات الشخصية دون التعبير اللفظي عنها .

وكذلك تعرف بأنها: هي الأحداث التي تبعث الإحساس بالمتعة والراحة وزيادة الثقة في النفس والأمل في حل معظم المشكلات التي تواجه الفرد.

وتعرف بأنها: تلك الأنشطة أو الأداءات أو الهوايات التي يمارسها الفرد طوعاً، وبخاصة في أوقات فراغه من العمل أو الدراسة، ويترتب على ممارسته لها شعوره بالسعادة والسرور والرضا.

ولا يستطيع أحد أن ينكر ما للأنشطة والأحداث التي تجلب السرور من فوائد وما تتضمنه البيئة الخارجية من تأثيرات إيجابية وأيضاً سلبية، ولكن الأنشطة التي تجلب السرور والمنفعة تكون من أفضل الأحداث التي يحرص عليها الفرد وعلى أدائها.وكما أن للبيئة الخارجية بمعناها الشامل (طبيعية،اجتماعية،حضارية) تأثير إيجابي على الإنسان بصفة عامة، فإن لها تأثير سلبي فضلا عن تأثيرها على الجوانب الانفعالية لديه ونسقه المعرفي بخاصة.

ولهذا ربما كانت الأنشطة التي يبذلها الفرد أو التي يقدمها له الآخرون، والتي من شأنها جلب السرور أو المنفعة له من أفضل الأحداث التي يحرص الفرد على أدائها .ويربط عالم النفس (فخنر) أحد مؤسسي طرق قياس العتبات الحسية في منتصف القرن التاسع عشر بين السرور والفرح، بين الراحة والارتياح وربط معكوسة أي الأسى والحزن، والشد والتوتر. وقد لاقت نظرية (فخنر) قبولاً واسعاً لدى (فونت) و(سيجموند فرويد) بينما أنتقد (كيرت جولد شتاين) مسألة الربط بين السرور والراحة.

فخبرة الأحداث السارة تولد مشاعر إيجابية، وقد تبين أن مجرد وضع الناس في حالة مزاجية حسنة يزيد من تعبيرهم عن الشعور بالرضا عن الحياة ككل، فأحداث الحياة الإيجابية تولد السرور بينما تولد الأحداث السلبية العناء، ومن ثم فإن الحالات المزاجية الإيجابية سواء كانت في الماضي أوفي الحاضر تعد دليلا على مستوى الشعور بالرضا فالشعور بالرضا إذاً يقوم على خبرة السرور ويزيد الأمر تعقيداً أن السرور يقوم أيضاً جزئياً على عمليات معرفية فنفس الحدث يمكن أن يكون مصدراً للمشاعر الإيجابية أو السلبية اعتماداً على كيفية تفسيره.

وتختلف الاستجابات الناتجة عن الأحداث السارة عن الناتجة عن الأحداث الضاغطة حيث ينتج عن الأحداث السارة استجابات مثل (السرور، الراحة ، الاسترخاء) بينما الاستجابات الناتجة عن الأحداث الضاغطة هي (الخوف ، القلق ، التعب).

ويوضح الشكل التالي بعدى الانفعال السار وغير السار

* مثار * متهيج * مبتهج * مندهش * سعيد * مسرور * فرح * راض	* متهيج * خائف * غاضب * متهيب * محبط * منزعج * مكتئب * حزين
* مستقر البال * ساكن * مسترضى * مرتاح * هادئ	* كئيب * تعس * يشعر بالسأن * نعسان * متعب يغالبه النوم

شكل(١) بعدى الانفعال السار وغير السار

فالأحداث الحياتية السارة ليست هي التي تجلب السعادة، ولكن يمكن في مختلف الظروف أن تحقق السعادة، وذلك عن طريق النظرة الإيجابية نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل بما يتضمنه من أحداث مختلفة.

ويرتبط مفهوم أحداث الحياة السارة بمفهوم السعادة، وتُعرف السعادة بأنها: حالة من المزاج والهناء والإشباع تنشأ أساساً من إشباع الدوافع، ولكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي،وهي بذلك وجدان يصاحب تحقق الذات .

وتعرف السـعادة بأنها: حالة من التوازن الداخلي يسـودها عدد من المشـاعر الايجابية كالرضـا والابتهاج والسـرور، والتي ترتبط بالجوانب الأساسية للحياة مثل الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية.

وتعرف السعادةبأنها: الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيا على نوعية حياته الحاضـرة بوجه عام ومدى حب الشخص لحياته التي يعيشـها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها ككل.

وتشـير العديد من الدراسـات إلى أن السـعادة نتاج تفاعل مركب بين الشـخصـية والبيئة وتؤدى الحالات المزاجية الإيجابية إلى أفكار إيجابية، كما تتحسـن معها القدرة على تذكر الأحداث السـعيدة وتهيئ الفرد لأعمال إبداعية أفضـل، وإمكانية أحسـن لحل المشـكلات، وإلى مزيد من سـلوك مسـاعدة الآخرين ومحبتهم، وينجم عن الأحداث السـارة حالات مزاجية إيجابية، وتزيد من الشعور بالرضا عن الحياة. ومن هنا فإن مفهوم السعادة يتضمن ثلاثة تأثيراتوهي: الشخصية، الجوانب الاجتماعية والعوامل البيئية والموقفية .

يوجد ارتباط قوي بين إحساس الفرد بالسعادة والرضـا عن حياته وبين درجة إحسـاسـه بالرضـا عما يحققه من أهداف وإنجازات، وتختلف درجة السعادة من فرد لأخر باختلاف طبيعة النظرة نحو الحياة ودرجة الإحساس بالرضا والاشباع.

وهوة ما يتم التأكيد عليه أنه إذا كان لدي الفرد آمال كبيرة نحو الحدث، ولم تتحقق فإنه سـيكون أقل سـعادة مما هو عليه الحال لو لم يكن لديه أية توقعات، وهذا هو الأساس في نظرية أخري للشعور بالرضا .

ويشار إلى أن هناك فرقاً بين السعادة والسرور واللذة ، فالسرور أطول مدى من اللذة ويتصف بأنه نفسي متصل ببعض العواطف ، فالإنسان يُسر من مقابلة صديق أومن شفاء قريب أما السعادة فهي أطول مدى في عمرها من السرور ، وقد تستمر مع الفرد مدى الحياة كما يميز البعض بين السعادة أو السـرور **Happiness** بوصـفه حالة انفعالية حسـاسـة للتغيرات المفاجئة في المزاج وبين الرضـا الذي يمثل حالة معرفية ، بينما يرى آخرون أن السعادة أو السرور والرضا مفهومان يجب أن يقاس كل منهما بشكل مستقل وهما جزءاً من المفهوم المركب للشعور الذاتي للهناء.

أن تحقيق السـعادة سـواء أكان للإنسـان الفرد،الجماعة، أم للفئة المحددة، أم للمجتمع المعين،أم للبشـرية ككل كان وسـيظل الهدف الأسـمى الذي يسعى لتحقيقه المبدعون، من فلاسفة ومفكرين، وعلماء وفنانين.

فالسعادة هي أكسير الحياة، ولكن يختلف الشعور بها والتعبير عنها من فرد إلى أخر بل من مرحلة إلى أخرى، ومن ثقافة إلى أخرى، وأكثر من ذلك فإن مصادر السعادة قد تتباين من فرد إلى أخر، فقد يكون تأكيد الذات مصدر السعادة لدى فرد ما بينما يكون النجاح في الحياة مصدر السعادة لدى أخر في حين أن الشعور بالأمن والاطمئنان هما السعادة بعينها لدى ثالث، ولكن تظل السعادة كما أسلفنا قمة المطالب الإنسانية وغاية الغايات.

كما تُعد السعادة بمثابة المؤشر الوحيد الجدير بمفرده أن يُنبئ بالوجود الأفضل، وذلك لأنه بوسع أي شخص أن يفهم ما يُعنيه لفظ السعادة، كما أن السعادة يُطمح إليها في كافة الثقافات بوصفها هدفاً نهائياً للحياة .

وقد كشفت الدراسات أن السعادة لها أهميتها العالمية بوصفها الهدف الإنساني الأسمى كما أن أسبابها تبدو متماثلة في مختلف أنحاء العالم، ومع اختلاف الثقافات فإن العناصر المحددة التي تسهم في خلق السعادة تبدو عالمية، كما أن العناصر التي تسهم في السعادة واحدة لجميع الأعمار بغض النظر عن المكان الذي يعيشون فيه، وقد أتضح أن العناصر الأساسية التي تسهم في السعادة هي نفس العناصر بالنسبة للأشخاص الأسوياء والمعوقين، فالسعداء والتعساء حول العالم يتفقون على العناصر التي يعدونها مهمة بالنسبة للسعادة .

فالسعادة تنبع من داخل الفرد أي من أفكاره ومشاعره كما يمكن النظر إلى السعادة من زاويتين: الأولى تظهر في الطمأنينة، والفرح والسرور والارتياح وهى التي يشعر بها الفرد في موقف السعادة، أما الثانية فهي زاوية عقلية معرفية وهى ما يدركه الفرد بعقله مثل الرضا أو ما يجده من نجاح.

ويرى بعض الباحثين أن السعادة تتضمن مكونات ثلاثة مترابطة تتمثل في الرضا عن الحياة والوجدان الإيجابي، وغياب الوجدان السلبي، ويربط آخرون بين السعادة والهناء الذاتي بينما يفرق أحرون بين السعادة كحالة انفعالية عامة للتقلبات المفاجئة في المزاج وبين الرضا والذي يعتبر حالة معرفية أو يعتمد على الحكم.

فيمكن فهم السعادة بوصفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة أو بوصفها انعكاساً لمعدلات تكرار حدوث الانفعالات السارة، أو شدة هذه الأنفعالات.

فالسعادة هي الهدف الرئيسي للحياة،وهي الجوهر الذي يبحث عنه الإنسان لذاته، فجلب السعادة وزيادتها هما أساس كل رغبة، وبالتالي فإن نشر السعادة ودعمها يعتبران أساس كل من دوافع الفرد والرفاهية الاجتماعية.

ولذا فالسعادة تتأثر بالأهداف التي يضعها الناس لأنفسهم، فتزداد السعادة حينما تكون أهداف الناس واقعية ومتناغمة مع دوافعهم وحاجاتهم، وأخيرا هناك الاتجاهات النظرية الخاصة بالتكيف مع الضغوط والصدمات والتي ترى أن العمليات المعرفية والدافعية التي يستخدمها الناس سواء عن عمد أو بالتعود تقلل الكرب وتزيد السعادة، فالأفراد الذين يشتقون معنى إيجابي من الأحداث السالبة هم أكثر سعادة.

وهناك بعض النقاط الأساسية التي لابد أن تتلازم مع الأحداث الحياتية حتى نطلق عليها أحداثاً سارة تجلب السعادة، وتنقسم إلى جوانب معنوية وأخرى مادية:

١- الجانب المعنوي:

الميل إلى الحوار مع الأخر وتقبل الدعم من الآخرين يساعد على النجاح في تكوين العلاقات الاجتماعية، والتي تساعد الفرد على اكتساب المرونة في تقبل أحداث الحياة بمختلف أنواعها، وتزيد من الدافعية نحو الإنجاز والتكيف مع الحياة لتحقيق أكبر قدر من السعادة والرفاهية والإستقرار.

٢- الجانب المادي:

يتمثل في الدخل، الوظيفة المناسبة حيث أنه عندما يحصل الفرد علي وظيفة مناسبة يكون لها عائد مادي مناسب لسد احتياجاته المادية الأساسية يشعر الفرد بالأمن والاستقرار الأمر الذي يشعره بالسعادة على مواجهة المشكلات.

وقد أشير إلى أن متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي يلعب دوراً هاماً في إبراز مدى تقدير الذات وحب الحياة والشعور بالتفاؤل.

وأن العوامل البيئية تقوم بدور مهم في نشوء السعادة فكثير من النجاح الذي يواجهه الفرد في الزواج والأسرة والوظيفة والعلاقات الاجتماعية بوجه عام أنما يترتب عليه شعور بالسرور والبهجة، ويُنبئ بمستوى من الشعور بالرضا عن الحياة.

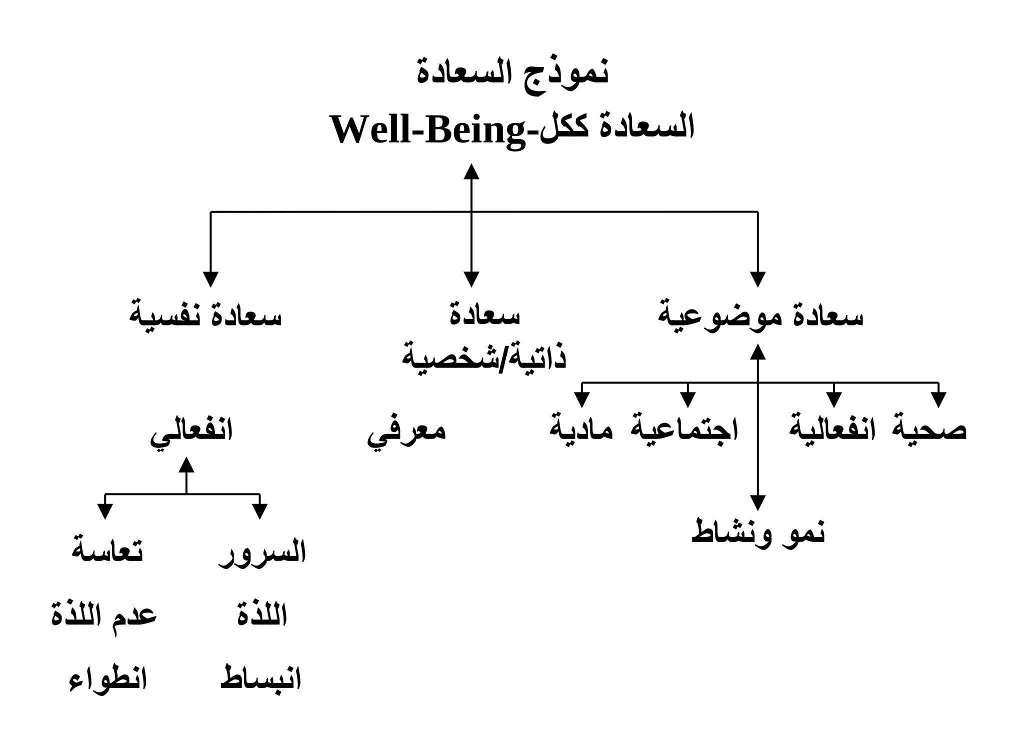
الاتجاهات المفسرة للسعادة:

يختلف الأفراد في مســـتوى الســـعادة لدى كل منهم وقد حاول علماء الاجتماع تفسير هذه الفروق عن طريق مجموعة من الاتجاهات هي:

١-حركة المؤشــرات الاجتماعية:Social Indicators Movement: افترض هذا الاتجاه أن المتغيرات الاجتماعية والمرتبطة بالخصـــائص الســـكانية مثل (العمر-الجنس – الحالة الزواجية -الدخل) تفســـر الفروق الفردية في السعادة حيث اعتبرت السعادة نتاجاً لهذه المتغيرات.

٢-متناقضـــة الرفاهية أو الهناء:Paradox of Well –Being حيث ركز هذا الاتجاه على السعادة الشخصية الذاتية **Subjective** كما يشعر بها الفرد في مقابل الصـــعوبات الموضـــوعية، أو غيرها من المتغيرات الاجتماعية الســكانية، أو عوامل الخطر **Risk Factors** المرتبطة بالبيئة أو السياق الاجتماعي التي يمكن أن تنبأ بالسعادة .

٣-المنظور البيئي للسعادة: أكد بعض أنصــار المنظور البيئي للسـعادة على أحداث الحياة وفحص الأحداث الأساسية المهمة في الحياة سواء أكانت إيجابية أم سـلبية، لتوضـيح التغيرات في الســعادة حيث أن الســعادة تتأثر بأحداث الحياة وتقلباتها، فيمكن أن تتغير الســـعادة وتتذبذب بدرجة كبيرة لدى بعض الأفراد وعبر الزمن، والشكل التالي يوضح نموذج السعادة



شكل (٢) نموذج السعادة

ومما يؤخذ على هذا النموذج احتوائه على التعاسة وعدم اللذة والانطواء كمكون من مكونات السعادة، فهذه الانفعالات ليست من مكونات السعادة بل هي متضادة مع السرور واللذة والانبساط فالشعور بالسعادة يزيد من قدرة الفرد ويدفعه نحو العمل ويخلق الشخصية الانبساطية المتفائلة الواثقة من قدراتها على مواجهة المشـــكلات وحلها وتحقيق النجاح في الحياة، وكذلك فإن الخبرات السارة الماضية تقود الفرد لاستخدام أيسر وأسهل الطرق لحل المشـكلات وتزيد مقدرته في مواجهة الضـغوط التي تخلق مشـاعر القلق والتوتر لديه.

ويتم التأكيد بأن الإنسان لديه القدرة على مواجهة مختلف المشاكل التي تواجهه في الحياة بطريقة بناءه وإلا فهو لن يتناول الطعام المناسـب له ولن يتعلم كيفية التنقل وسط الزحام وسيترك نفسه عرضة للاستغلال من قبل الآخرين . لهذا يواجه الإنسـان مشـاكله بحذر حتي يجد لها حلا ويواصـل الكفاح ليواجه مشـاكل أخرى . للإنسـان ميل فطري بناء فهو يسـعى لا شـعوريا إلى حل المشـاكل التي تواجهه في الحياة. والميل الطبيعي هو مواجهة المشاكل وحلها قدر المستطاع وإلا أنتهى أمره من الصغر .

ونخلص مما سبق بأن هناك أحداثاً سارة في حد ذاتها، تجلب السرور للفرد عند ممارسـتها، وأحداثاً قد تثير المشـقة، وتؤدى إلى القلق والتوتر والاكتئاب والوقوع فريسة للاضطراب النفسي، فالشعور بالسعادة يعيننا على اسـتعادة التوازن النفسـي والحيوي فضـلاً عن كونه شـعوراً يحتاجه الفرد في حياته ليقاوم ويعادل من حدة التوتر الذي يتعرض له في بعض مواقف الحياة الضاغطة.

فهنا ارتأينا عرض أحداث الحياة اليومية السارة في هذا الكتاب لنوضح أنـه بعـد توعيـة المجتمع بـالمعوقين من خلال اطلاعـه على أسـبـاب الإعـاقـة،وأنواعها، والتعامل معها من خلال المختصـين من معالجين ومرشدين وغيرهم، والبرامج التي تقدم للمعوق نفسه، وكذلك البرامج التي تقدم لأسرته من شأنها أن تجعل المعوق وأسرته يعيش أحداث حياتية سارة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

إبراهيم القريوطي، وغانم البســـماطي (١٩٩٤): **مقدمة في تأهيل ذوي الحاجات الخاصة**، مكتبة الفلاح، العين، الإمارات.

إجلال سري محمد (٢٠٠٠): **علم النفس العلاجي**، ط٢ عالم الكتب للنشر والطباعة، القاهرة.

انشـراح محمد الدسـوقي (١٩٩١): التحصـيل الدراسـي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي.« **مجلة علم النفس**، المجلد « ٥ »، ع ٢٠.

أنيس عبد الرحمن عقيلان أبو شـــمالة (٢٠٠٢): أســـاليب الرعاية في مؤسسات رعاية الايتام وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي،**ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤):**التوحد الخصائص والعلاج**، دار وائل للطباعة والنشر،عمان،الأردن.

إيمان قنديل(٢٠٠٩): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات الاستقلال الذاتي لتحســـين جودة الحياة لدى عينـة من المراهقين المعوقين عقلياً القابلين للتعلم، **دكتوراه غير منشوره**، كلية التربية، جامعة بنها.

إيمان فؤاد كاشـــف (٢٠٠١): **الاعاقة العقلية بين الاهمال والتوجيه**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة.

أبو الفضل جمال الدين ابن منظور، (١٩٩٠): **لسان العرب**،المجل د١٢، ط١ دار الصادر، بيروت.

أبو النجا عز الدين وعمرو بدران (٢٠٠٣): **ذوي الاحتياجات الخاصـــة**، مكتبة الايمان، المنصورة.

إبراهيم العثمان وآخرون (٢٠١٢): **مدخل إلى اضـــطرابات التوحد**، ط١، دار الزهراء،الرياض،السعودية.

أحمد الغرير، محمد يوســـف(٢٠١٠): **التـأهيل المهني للأشـــخـاص المعوقين**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان،الاردن.

أحمد بن ابراهيم بن محمد الربيع (١٤٣٢):« اسهامات الخدمة الاجتماعية في تفعيل محددات التأهيل المهني الشـــامل للمعوقين »دراســـة تحليلية مطبقة على مراكز التأهيل الشـــامل للمعوقين بالرياض، **كلية الآداب**، جامعة الملك سعود.

أحمد رجب محمد السيد (٢٠١٢): فاعلية برنامج للأنشطة الصفية في تحسين الصحة النفسية لدي الأطفال المعوقين عقلياً، **مجلة الإرشاد النفسي**، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ٣١.

أحمد شمس الدين محمد (١٩٩٥): العمليات الأساسية في العمل مع الجماعات، **ماجستير غير منشورة**، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

أحمد عبد الخالق(٢٠٠١): **أصول الصحة النفسية**، ط ٢، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

أحمد عزت جبر(٢٠١٣): **تنشيط الدماغ عند الأطفال**، ط١، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان،الأردن.

أحمد محمد الزعبي (١٩٩٤)**: الإرشاد النفسي: نظرياته اتجاهاته مجالاته**، دار الحكمة اليمانية للنشر، صنعاء.

أحمد نايل الغرير (٢٠١٠):**التربية الخاصة في الأردن**، دار الشروق،عمان، الأردن.

أشرف محمد عبد الغني شريت (٢٠٠٦):**الصحة النفسية بين الإطار النظري والتطبيقات الاجرائية**، مؤسسة حورس الدولية للنشر،مصر.

أشرف أحمد عبد القادر (٢٠١١):«التأهيل المهني وتوظيف ذوي الاعاقة»، **المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية، بكلية** التربية بجامعة بنها ،١٧-١٨ يوليو.

السيد جمعة السيد (٢٠٠٦): احتياجات برامج التأهيل والتدريب المهني في البلدان العربية، الندوة **القومية حول ادماج المعوقين في العمل والحماية المطلوبة لذلك**،القاهرة،١٨-٢٠ أبريل.

المكتب التنفيذي ومكتب وزراء الشئون الاجتماعية العرب (٢٠٠١): **الدليل الموحد لمصطلحات التربية الخاصة.**

أمال عبد السميع مليجي باظة (٢٠٠٣): **سيكولوجية غير العاديين**، الأنجلو المصرية، القاهرة

أمل الهجرسي (٢٠٠٨): **تربية الأطفال المعوقين عقلياً**، دار الزهراء، الرياض

أمل محمود صالح(٢٠٠٣): أساليب التوافق الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الفلسطيني،**ماجستير غير منشورة**، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.

أميرة بخش(٢٠٠٠)، فعالية برنامج إرشـــادي لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو دمج المتخلفين عقلياً معه بالمدرســـة وأثرة على الســـلوك التكيفي للتلاميذ المتخلفين عقلياً،**المجلة التربوية للعلوم النفســية**، ع٥٦، مجلد١٤.

أميرة عبد العزيز الديب (١٩٩٠) ســـيكولوجية **التوافق النفســـي في الطفولة المبكرة**، مكتبة دار الفلاح، الكويت.

إيهاب الببلاوي (٢٠١١): **توعية المجتمع بالإعاقة (الأسباب – الفئات – الوقاية)**، دار الزهراء،الرياض، السعودية.

بديعة حبيب نبهان (٢٠٠١) الاتجاهات البيئية وعلاقتها بالتوافق النفســـي لدى طلاب المرحلة الثانوية، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة قناة السويس

بشير إبراهيم الحجار (٢٠٠٣). التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات ســرطان الثدي بمحافظات غزة، **ماجســتير غير منشــورة**، قســم الرســائل الجامعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

تغريد الدخيل (٢٠٠٦): مســـتوى الســـلوك التكيفي لذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدموجين تربوياً،**ماجستير غير منشورة**، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السعودية

تيسرمفلح كوافحة، عمر عبد العزيز (٢٠٠٣): مقدمة **في التربية الخاصة**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

جمـال الخطيـب (٢٠٠٤): التحديـات التي تواجـه الطلبـة ذوي الحـاجـات الخاصة في الدول العربية، مجلة **المعرفة**، ع ١١٧-٤٢٥، السعودية

جمال الخطيب (٢٠٠٤): **تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية**، دار وائل للطباعة والنشر،الأردن

جمال الخطيب ومنى الحديدي (٢٠٠٤):**برنامج تدريبي للأطفال المعوقين**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان

جمال الخطيب، ومنى صـــبحي الحديدي (٢٠١٠): **المدخل إلى التربية الخاصة**، ط٢، دار الفكر،عمان.

جمال الخطيب ومنى الحديدي (٢٠٠٧):**التدخل المبكر: التربية الخاصـــة في الطفولة المبكرة**، (ط٣) دار الفكر، الأردن.

جيهان حســـين ســـليمان (٢٠٠٥): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصــل لدى الأطفال التوحديين،**ماجســتير غير منشــورة**، كلية التربية، جامعة قناة السويس.

حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧):**الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط٢، عالم الكتب،القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٠):**علم نفس النمو**، عالم الكتب، القاهرة

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١):**الصحة النفسية والعلاج النفسي**. ط ٣، عالم الكتب، القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥)**: التوجيه والإرشاد النفسي**، ط٤، عالم الكتب، القاهرة.

حسام الدين محمود(١٩٧٤): دراسة مقارنة لأثر الإعاقة الداخلية على التوافق النفسي للطلاب المتفوقين تحصيلياً بالمرحلة الثانوية، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

حسن شحاتة، زينب النجار (٢٠٠٣): **معجم المصطلحات التربوية والنفسية عربي إنجليزي إنجليزي عربي**، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر.

حسن مصطفي عبد المعطي (٢٠٠١): **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الأسباب والتشخيص والعلاج، ط٤**، مكتبة القاهرة، القاهرة

حسين بن على المالكي (١٤٢٩ ه): مهارات السلوك التكيفي عند تلاميذ معاهد وبرامج التربية الفكرية في مدينة الرياض – دراسة مقارنة، **ماجستير غير منشورة**، جامعة الملك سعود.

حنان عبد الحميد العناني (٢٠٠٠):**الصحة النفسية**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

خالد بن علي المدني(٢٠١٤):«التنظيم الغذائي لاضطرابات أطياف التوحد»، **مجلة التربية الخاصة**، ع١٢، الإدارة العامة للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

خالد رمضان عبد الفتاح (٢٠٠٥): فعالية التدريب على التواصل في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين، ماجستير **غير منشورة**، كلية التربية، جامعة بنها.

خالد رمضان عبد الفتاح(٢٠١٢): نموذج مقترح لتفعيل دور مراكز التأهيل المهني للمعاقين في التدريب والتشغيل الاتجاهات العالمية،**مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة ع٧٨، الجزء ٣، يناير ٢٠١٢.

خولة أحمد يحي (٢٠٠٦)**: البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**، دار الميسرة للطبع والنشر،عمان،الأردن.

خوله أحمد يحي (٢٠٠٣): **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

خوله أحمد يحي، ماجدة عبيد(٢٠٠٥)**: الإعاقة العقلية**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن -عمان.

خوله أحمد يحي، وماجدة السـيد عبيد (٢٠١١): **البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**، ط٢، دار المسيرة.

رأفت عوض السعيد (٢٠١١): فاعلية برنامج تدريبي لإدارة الانفعالات في تنمية المهارات الاجتماعية لدي الاطفال، **مجلة كلية التربية**، مج٢٢، ع٨٥ جامعة بنها، مصر.

رابية إبراهيم حكيم (٢٠٠٤): **دليلك للتعامل مع التوحد**، مكتبة جرير ،جدة.

راوية محمود دسوقي (١٩٩٦): الحرمان الأبوي وعلاقته بكل من التوافق النفسـي ومفهوم الذات والاكتئاب لدى،**مجلة علم النفس**، الهيئة المصـرية العامة للكتاب، السنة العاشرة، ع٤٠،أكتوبر.

ربيع شـكري سـلامة (٢٠٠٥): **التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء**، دار النهار،القاهرة.

ربيع عبد الرؤوف عامر(٢٠٠٩): **وعى معلمي المعوقين ذهنياالقابلين للتعلم بالاحتياجات التربوية لتلاميذهم**، جامعة الدول العربية -معهد البحوث والدراسات العربية.

ربيع عبد الرؤوف عامر،وطارق عبد الرؤوف عامر (٢٠٠٦): **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصـة «المعوقين ذهنيًا»**، الدار العالمية للنشـر والتوزيع، القاهرة.

رشـاد دمنهوري (١٩٩٦): بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسـي دراسـة مقارنة»، **مجلة علم النفس**، الهيئة المصـرية العامة للكتاب، ع ٣٨ إبريل-يونية-السنة العاشرة.

رشـاد عبد العزيز موسـى (٢٠٠٢):**علم نفس الإعاقة**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

رشـاد على موسـى (٢٠٠٠): **الصـحة النفسـية**، دار النهضـة العربية، القاهرة.

رمضـان محمد القذافي (٢٠٠١): **الصـحة النفسـية والتوافق**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية

رمضـان محمد القذافي (٢٠٠١):**رعاية المتخلفين ذهنياً**، ط٢، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

روحي مروح عبيدات (٢٠٠٩): مسـتوي تقدير الذات عند المعوقين العاملين وغير العاملين في دولة الأمارات العربية المتحدة، **ملخصـات بحوث المؤتمر الدولي الثالث للإعاقة والتأهيل، البحث العلمي في مجال الإعاقة**، الرياض في الفترة من ٢٢-٣/٢٦.

روحي مروح عبيدات، نضـال عودة والبشـيتي(٢٠٠٦): المشـكلات التي تواجه تشغيل المعوقين في دولة الإمارات العربية المتحدة، **مجلة الأكاديمية العربية للتربية الخاصة**، ع٩،الرياض.

روحي مروح عبيدات (٢٠٠٨): اتجاهات العاملين نحو تشـغيل المعوقين قبل تدريب المعوقين وبعده في سـوق العمل، **مجلة الأكاديمية العربية للتربية الخاصة**، ع١٣، الرياض.

روحي مروح عبيدات(٢٠٠٩): الصعوبات التي تواجه تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في دولة الإمارات العربية الإمارات العربية المتحدة «دراسـة ميدانية»، **مجلة عالمي**، العدد ٣، وزارة الشـؤون الاجتماعية، إدارة رعاية وتأهيل المعوقين.

زينب شـقير (٢٠٠٢): **مقياس التوافق النفسـي**، دار النهضـة العربية والنشر والتوزيع، القاهرة

زينب محمود شـقير (١٩٩٩): **سـيكولوجية الفئات الخاصـة والمعوقين**، مكتبة النهضة المصرية،القاهرة.

زيدان أحمد السرطاوي، وكمال سالم سيسالم (١٩٩٢): **المعوقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم، ط٢**، الذهبية،الرياض،السعودية.

سـامية عبد الرحيم (٢٠١١): فاعلية برنامج سـلوكي في تنمية بعض مهارات السـلوك التكيفي للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم،**مجلة كليةالتربية**، جامعة دمشق، المجلد ٢٧.

سـحر الخشـرمي (٢٠٠٠):**المدرسـة للجميع «دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية »**، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.

سـري محمد رشـدي (٢٠٠٩): فعالية الارشـاد باللعب في تنمية التوافق الشـخصـي والاجتماعي للأطفال الصـم في برنامج الدمج بالمدرسـة العادية،**مجلة أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا**، ع ٣١، القاهرة.

سـري محمد رشـدي سـالم (٢٠٠٤): فاعلية برنامج ارشـادي في تحسـين التوافق النفسي لدى الاطفال ذوي الاعاقة السمعية، **دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية، جامعةالزقازيق، مصر.

سـعد المغربي (١٩٩٢): الصـحة النفسـية،**مجلة علم النفس**، الهيئة العامة للكتاب، ع ٢٣، القاهرة.

سـعدية محمد علي بهادر (١٩٩٦): **المرجع في برامج تنمية أطفال ما قبل المدرسة**، ط٢، مطبعة المدني، القاهرة.

سـلطـان بن إبراهيم العثمـان(٢٠١٤):«مسـميـات المعوقين بين النعت والنقص» **مجلة التربية الخاصـة**، ع١٢، الإدارة العامة للتربية الخاصـة، وزارة التربية والتعليم.

سميرة أبو الحسن عبد السلام (٢٠٠٣): فاعلية برنامج لتنمية الذكاء الوجداني في خفض بعض الاضطرابات وتغير الاتجاهات لدى عينة متباينة من الاسوياء والمعوقين،**المؤتمر السنوي العاشر**، مركز الارشاد لنفسي، جامعة عين شمس، مصر.

سميرة عبد اللطيف السعد(٢٠٠٥): التوحد التشخيص والسمات وطرق العلاج،**مجلة التقدم العلمي**،الكويت.

سميرة علي جعفر أبو غزالة (٢٠٠٦): فاعلية برنامج للتدريب على المهارات المعرفية واللغوية والاجتماعية القابلين للتعليم من خلال اللعب في تحسن سلوكهم التوافقي، **مجلة العلوم التربوية**، معهد الدراسات التربوية -جامعة القاهرة، ع٢.

سهير كامل أحمد: (٢٠٠٣): **الصحة النفسية والتوافق**، ط ٢، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.

سهير محمد شاش(٢٠٠١): فاعلية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثرة في خفض الاضطرابات الانفعالية لدي الاطفال المعوقين عقلياً، **دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

سهير محمد شاش (٢٠٠٢):التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج، مكتبة زهراءالشرق، القاهرة

سوسن شاكر الحلبي (٢٠٠٥): **التوحد الطفولي أسبابه. خصائصه. تشخيصه.علاجه**، مؤسسة علاء الدين،دمشق،سوريا.

سيد صبحي (٢٠٠٣): **سيكولوجية الطفل المراهق**، الدار المصرية اللبنانية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة

سيد عبد الحميد مرسي (١٩٨٥): **الشخصية السوية**، مكتبة وهبة، القاهرة

صالح الداهري، وناظم العبيدي (١٩٩٩):**التربية العملية وطرق التدريس**، مكتبة اليازجي،غزة، فلسطين

صفوت فرج (٢٠٠٢):**طرق تحسين التعلم والسلوك**، مركز كريتاس سيتي للتدريب والدراسات في الاعاقة العقلية، القاهرة

صلاح مخيمر(١٩٧٩): **المدخل الى الصحة النفسية**، ط٣، مكتبة الانجلو المصرية، مصر

ضيف الله المطرودي (١٩٩٦): فاعلية التعزيز الايجابي والاقصاء في خفض السلوك العدواني لدى الاطفال المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

طريف شوقي محمد فرج (٢٠٠٣): **المهارات الاجتماعية والاتصالية دراسات وبحوث نفسية**، دارغريب للطباعة والنشر، القاهرة.

عاطف محمد الاقرع (١٩٩٩): دراسة التوافق النفسي للصم المؤهلين وغير المؤهلين مهنياً،**ماجستير غير منشورة**، كليةالتربية، جامعة عين شمس

عايدة على قاسم (١٩٩٧): مدى فاعلية برنامج ارشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال المعوقينعقلياً،**دكتوراه غير منشورة**، كلية تربية، جامعة عين شمس، مصر

عباس عوض (١٩٩٦): **الموجز في الصحة النفسية**. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

عبد الحميد محمد شاذلي (١٩٩٩): **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

عبد الرحمن بن صالح العبد اللطيف(٢٠١٣): **الاعاقة قضية فردية.الي قضية مجتمع**، الناشر مركز ومكتبة الصحافة، الرياض، المملكة العربية السعودية.

عبد الرحمن بن علي الفيفي(٢٠١٤):«في المنتصف» **مجلة التربية الخاصة**، ع١٢، الإدارة العامة للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠): **الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال**، مكتبة زهراء الشرق،القاهرة.

عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤):**اضطراب التوحد**، ط٣، مكتبة زهراء الشرق،القاهرة.

عبد الرقيب إبراهيم البحيري(٢٠١١): برنامج مقترح لتشغيل المعوقين ذهنياً واستراتيجيات الاحتفاظ بالوظيفة،**الملتقي الخليجي العلمي الحادي عشر**،« تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجي الأنظمة والقوانين وبيئات العمل» ،٥-٧ ابريل، الكويت.

عبد العزيز الشخص (١٩٩٤): التأهيل الشامل للمعوقين، **الندوة اشهرية الثانية للجمعية المصرية لرعاية الفئات الخاصة والمعوقين**، مقر هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة ،٢٢ اكتوبر.

عبد العظيم شحاتة مرسي(١٩٨١): دراسة مقارنة لنظم إعداد معلم التربية الفكرية في مصر والولايات المتحدة الأمريكية، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي(١٤٢٧): **صعوبات التعلم في ضوء النظريات**، دار الزهراء، الرياض.

عبد المجيد سالمى، نور الدين خالد، شريف بدوي (٢٠٠٢):**معجم مصطلحات علم النفس**، دار الكتاب المصري، القاهرة.

عبد المطلب القريطي (٢٠٠٣): **الصحةالنفسية**، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة.

عبد المطلب القريطي (٢٠٠١): سيكولوجية **ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط**٣، دار الفكر العربي، القاهرة.

عبد الوهابكامل(١٩٩٠): أثر بعض المتغيرات الأسرية على خصائص التوافق لدي الأطفال، **بحوث المؤتمر السنوي الثالث للطفل**، المجلد ١، القاهرة.

عبد الله الوابلي (٢٠٠٣): طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلامي ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. **مجلة الإرشاد النفسي**.

عبد الله بن فهد العقيل(٢٠١٤):«إرشاد أسر المعوقين فكرياً»، **مجلة التربية الخاصة، ع**١٢، الإدارة العامة للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

عبد الله يوسف ابو سكران (٢٠٠٩): التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الداخلي – الخارجي) للمعاقين حركياً في قطاع غزة، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الاسلامية،غزة، فلسطين.

عبير عسيري بنت محمد حسن (٢٠٠٣): علاقة تشكل هوية الانا بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي والعام لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوي،**ماجستير غير منشورة**، جامعة ام القرى، السعودية.

عدنان ناصر الحازمي (٢٠٠٧): **الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الامور**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

عزت سيد السبكى (١٩٩٨): الامراض الوراثية والاعاقة، **بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة**، المجلد٢، القاهرة في الفترة من (٨-١٠).

عزيز سمارة، عصامنمر (١٩٩١): محاضرات **في التوجيه والإرشاد**، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.

عمر موسى محاسنة(٢٠١٠): **أساسيات التعليم المهني التعليم التكنولوجي**، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

عمر نصر الله (٢٠٠٢): **الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الاسرة والمجتمع**، ط١، دار وائل للنشر، عمان الاردن.

عباس عوض (١٩٨٤):**الموجز في الصحة النفسية**، دار المعارف، القاهرة.

فاروق الروسان(٢٠٠١): **سيكولوجيه الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة**، ط٥، دار الفكر، عمان، الأردن.

فاروق الروســان (١٩٩٩): **مقدمة في الاعاقة العقلية: التربية الخاصــة**، دار الفكر العربي، عمان، الاردن.

فاروق الروســان (٢٠٠٥): **مقدمة في الاعاقة العقلية**، ط٣، دار الفكر للنشر والتوزيع، الاردن.

فاروق محمد صــادق (١٩٨٢):**ســيكولوجية التخلف العقلي**، ط٢، عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود،السعودية.

فاطمة عبد الرحيم النوايسة (٢٠١١)**: ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم**، دار المناهج للنشر والتوزيع،عمان، الاردن

فاطمة محمد الســيد على(٢٠٠٥): التأهيل المهني للمعوقين عقلياً في جمهورية مصر العربية وخبرات بعض الدول «دراسة مقارنة »**المؤتمر العلمي السادس لكلية التربية بالفيوم (التنمية المهنية المستدامة للمعلم العربي)**، مج٢، أبريل، مصر.

فايزة إبراهيم عبد اللاه أحمد(٢٠١٣): **المدخل إلى إضـطراب التوحد وأساليب التدخل المبكر**، ط١، مكتبةالرشد،الرياض.

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٨٣): **قضـايا ومشـكلات في سـيكولوجية الإعاقة العقلية « رعاية المعوقين النظرية والتطبيق»**، دار القلم، الكويت.

فرج عبد القادر طه (٢٠٠٣):**موســوعة علم النفس والتحليل النفســي**، ط٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

فهد أحمد المغلوث (١٩٩٩):**رعاية وتأهيل المعوقين، المبادئ والممارسة**، مكتبة الرشد، الرياض السعودية.

فهد القحطاني(٢٠٠٠): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط بالمملكة العربية السعودية، **ماجستير غير منشورة**، جامعة الخليج العربي،البحرين.

محمد سيد فهمي(٢٠٠٥): **واقع رعاية المعوقين في العالم العربي**، المكتب الجامعي-الإسكندرية.

فؤاد البهي الســيد (١٩٨٠):**علم النفس الاجتماعي**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

فوزي محمد جبل (٢٠٠٠): الصحة **النفسية وسيكولوجية الشخصية**. المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

قحطان احمد الظاهر (٢٠٠٥): **مدخل الى التربية الخاصة، دار** وائل للنشر والتوزيع،عمان،الاردن.

قحطان أحمد الظاهر(٢٠٠٨): **مدخل إلى التربية الخاصــة**، ط٢، دار وائل للنشر والتوزيع،عمان،الأردن.

كريمان بدير، إميلي صادق (٢٠٠٤): تنمية **المهارات اللُغوية**، عالم الكتب.القاهرة.

كمال مرسي (١٩٩٩): **مرجع في علم التخلف العقلي**، ط٢، دار النشر للجامعات،القاهرة.

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٠): **الدمج في مدارس التعليم العام وفصوله**، ط ٢، دار الكتاب الجامعي،العين، الإمارات العربية المتحدة.

لمياء عبد الحميد فاضل (٢٠٠٧): دراسة لمدى فاعلية بعض الأنشطة على تنمية المهارات الاجتماعية للطلبة بسيطي الإعاقة العقلية، **ماجستير غير منشورة**، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

ليلى أحمد مصطفي وافي (٢٠٠٦): الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الاطفال والمكفوفين، **دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.

ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): **تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة «مدخل إلى التربية الخاصة»**، دار صفاء للنشر والتوزيع،عمان،الأردن.

ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠):**الاعاقة العقلية**، دار صفاء للنشر والتوزيع،عمان،الاردن.

ماجدة السيد عبيد (٢٠١٠)**: برامج التربية الخاصة ومناهجها وأساليب تدريسها**، دار صفاء للنشر والتوزيع،عمان، الاردن.

محمد الراجحي عبد الرازق عمار (١٩٨٢): **دراسة حول تربية المعوقين في البلاد العربية**، المنظمة العربية للثقافة والعلوم والتربية، تونس.

محمد جدوع أبو يوسف(٢٠٠٨): فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الإرشادية لدى المرشدين النفسيين في مدارس وكالة الغوث بقطاع غزة، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية،غزة.

محمد جواد الخطيب (٢٠٠٤): **التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق**. ط٣، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين

محمد جواد الخطيب (٢٠٠٣): «علم النفس الفسيولوجي »دراسة في العلاقة بين النفس والجسم » **كلية التربية**، جامعة الازهر،غزة، فلسطين

محمد سلامة غباري (٢٠٠٠): **رعاية الفئات الخاصة**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية

محمد صالح الامام (٢٠٠٦): مشكلات المعوقين عقلياً في البيئات الاقل حظاً وعلاقتها ببعض المتغيرات،**مؤتمر الفقر والاعاقة في دول شمال إفريقيا**، تونس.

محمد صالح الامام، وفؤاد عيد الخوالدة (٢٠٠٩): دراسة لبعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم في ضوء نظرية العقل،**مجلة كلية التربية بالزقازيق**، ع ٦٣، ج٢، جامعة الزقازيق.

محمدصديق(١٩٩٥):«المعوقون والاندماج فيالمجتمع المشاكل النفسية والاجتماعية للمعاقين»،**مجلة التربية**،ع١٣، مج٢٤، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم.

محمد علي (١٤٢٦): أثر التربية البدنية المدمجة على مفهوم الذات لذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم، **ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

محمد عيسى إسماعيل غريب(٢٠٠٧): الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذذوي الاعاقة الذهنية البسيطةالعدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت،**ماجستير غير منشورة**، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج،البحرين.

محمد كمال اسماعيل خضر (٢٠١١): فاعلية برنامج تدريبي قائم على التدريب التعاوني في تنمية المهارات المهنية وتحسين السلوك التوافقي لدى المعوقينعقلياً، **ماجستير غير منشورة**، كلية تربية جامعة طنطا.

محمد كمال (٢٠٠٢): **الرعاية القائمة والمتكاملة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة – الاعاقة الذهنية**، مكتبة ابن سيناء للنشر والتوزيع،القاهرة، مصر.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): **التخلف العقلي: الاسباب – التشخيص- البرامج، ط١**، دار غريب للطباعة والنشر،القاهرة.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٨)**: تأهيل المعوقين وإرشادهم**، ط١، مركز دار المسلم،الرياض، السعودية.

محمد مياسي (١٩٩٧)**: الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية**، دار الجيل، بيروت، لبنان.

محمود حمودة (١٩٩١): **النفس أسرارها وأمراضها**، ط٢، دار المعارف، القاهرة

محمود عبد الله بخيت (٢٠٠٢): ظاهرة زواج الاقارب وأثرها في الاعاقة الذهنية، دارسةشرعية، المؤتمر العربي دارسة شرعية، **المؤتمر العربي الاول «الاعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية»**، المركز القومي للمرأة،١٢-١٤يناير،اسيوط، مصر.

محمود مندوه محمد وآخرون(٢٠١٠)**: مقدمة في التربية الخاصة**، ط١، مكتبةالرشد،الرياض.

مدحت أبو النصر (٢٠٠٥):**الاعاقة العقلية المفهوم والانواع وبرامج الرعاية**، مجموعة النيل العربية، القاهرة.

مدحت عبد الحميد عبد اللطيف (١٩٩٠): **الصـــحة النفســـية والتفوق الدراسي،** دار النهضة العربية، القاهرة.

مريم ابراهيم حنا (٢٠١٠): **الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة،** المكتب الجامعي الحديث،القاهرة.

مشـــوح هلال الشـــمري (١٤٢٤): تقويم فعـالية برامج التـأهيل المهني للمعوقين من وجهـة نظر المعوقين والمشـــرفين وجهـة ورجـال الاعمال،**ماجســـتير غير منشـــورة**، كلية الدارســـات العليا، أكاديمية نايف للعلوم الامنية، السعودية.

مصـطفي خليل الشـرقاوي (١٩٨٦): «قياس مؤشـرات التوافق الاجتماعي المدرســـي لطفل المرحلة الابتدائية»، **مجلة التربية**، ع ٧ مج٦،جامعة المنصورة.

مصـــطفي عبد المعطي (٢٠٠٥): **ســـيكولوجية المســـنين،** مكتبة زهراء الشرق،القاهرة.

مصطفي نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطة(٢٠٠٧): **سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصـــة مقدمة في التربية الخاصـــة، ط١**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان.

مصطفي نوري القمش (٢٠١١): **الاعاقات المتعددة،** دار المسيرة، عمان، الاردن.

منى شـــاكر محمد (٢٠٠٢): دراســـة تقويمية لتجربـة التـأهيل المهني المجتمعي للمعوقين، **مـاجســـتير غير منشـــورة**، كليـة الآداب، جـامعـة الموصل.

منى عبد الرازق (٢٠٠٣): مدى فـاعليـة نظـام الـدمج في تنميـة مهـارات الســـلوك التوافقي وبعض الجوانب المعرفية لدى المعوقين عقلياً القابلين للتعلم، **ماجستير غير منشورة**، جامعة القاهرة

مواهب عياد، نعمة رقبان، ســـامية لطفي(١٩٩٥): **المرشـــد في تدريب المتخلفين عقليا على الســلوك الاســتقلالي في المهارات المنزلية**،منشــأة المعارف، الإسكندرية.

ميشـيل صـبحي، مجلع بشـاي (٢٠٠٢): **تغيير صـورة التخلف العقلي عند فئات في المجتمع المصري**، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

نادر فهمي الزيود (١٩٩٨): **نظريات الشـخصـية**، القاهرة، دار قباء للنشـر والتوزيع.

نادر فهمي الزيود (٢٠٠٠ م): **تعليم الأطفال المتخلفين عقليًا**، ط ٤، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.

نادية العربي(٢٠٠٨): فاعلية برنامج إرشــادي في تنمية التعبير بالرســم وعلاقته بالســلوك التوافقي لدي المعوقين عقلياً فئة القابلين للتعلم، **دكتوراه غير منشوره**، كليةالتربية، جامعة عين شمس.

ناريمان محمود جمعة(١٩٧٩): دراسة تطور تعليم وتأهيل المعوق بمصر مع مقارنته بما هو متبع حالياً في بعض الدول المتقدمة في هذا المجال، **ماجستير غير منشورة**، كلية البنات جامعة عين شمس.

نايف عابد الزارع (٢٠٠٩): **تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصــة**، ط٣، دار الفكر،عمان،الأردن.

نائل محمد عبد الرحمن أخرس(٢٠٠٥)**: مدخل إلى التربية الخاصة**، ط١، مكتبة الرشد، الرياض، السعودية.

نائل محمد عبد الرحمن أخرس، محمود أمين محمود، وائل محمد مســعود (٢٠١٣)**: التربية الخاصــة للأطفال ذوي اضــطراب التوحد**، ط١، مكتبة الرشد، الرياض.

نبيل سفيان (٢٠٠٤): **المختصر في الشخصية والارشاد النفسي (المفهوم النظرية – النمو – التوافق – الاضــطرابات – الارشــاد والعلاج)**، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

نجاح عواد السميري (١٩٩٩): مستوى الطموح وعلاقته بالتوافق النفسي لـدى الطلاب المتفوقين والمتـأخرين دراســيـاً بكليـة التربيـة الحكوميـة بمحافظات غزة، **ماجستير غير منشورة**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين

نظمي أبو مصطفي ورزق عبد المنعم شعت (١٩٩٨): **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة**، ط٢، مطبعة، غزة، فلسطين.

نهاد محمود محمد عقيلان (٢٠١١): الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتوافق النفســي لدي طلبة جامعة الازهر بغزة، **ماجســتير غير منشــوره**، كلية التربية بغزة، جامعة الازهر.

نوال عطيـة (٢٠٠١): **علم النفس والتكيف النفســـي والاجتمـاعي**، دار القاهرة للكتاب، القاهرة.

نور أحمد محمد بكر الرمادي (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي ســلوكي في تنميـة بعض المهـارات الاجتمـاعيـة والثقـة بـالنفس لـدى الأطفـال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم، **مجلة كلية التربية**، جامعة الزقازيق، ع ٧ نوفمبر .

هالة أحمد ســليمان حســنين (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي في تحســين الســـلوك التوافقي لـدى الأطفـال المتخلفين عقليـاً من فئـة القـابلين للتعلم، ماجستير **غير منشورة**، كلية التربية، جامعة بنها.

هند الشعلان(١٤٢١ه): فعالية برامج التعليم الفني والتدريب المهني المقدمة من الجمعيات الخيرية النسائية،**ماجستير غير منشورة** ، كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ، الرياض.

وائل محمد مسعود (٢٠٠٢): **الاجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة**، أكاديمية التربية الخاصة، دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع ، الرياض.

وائل محمد مسعود (٢٠١١): **مقدمة في تأهيل المعوقين**، دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية

وائل محمد مسعود، عبد الصبور محمد، محمد حامد مراد (٢٠٠٥): **التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة** – أكاديمية التربية التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة-المفاهيم والإجراءات، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، الرياض.

وائل محمد مسعود، (٢٠١٠): **التأهيل الشامل لذوي الاحتياجات**، الاكاديمية العربية للتربية الخاصة، دار الناشر الدولي، الرياض ،المملكة العربية السعودية.

وحيد اسماعيل حافظ (٢٠٠١): بناء منهج في اللغة العربية لتلاميذ مرحلة الاعداد المهني بمدارس التربية الفكرية، **دكتوراه غير منشورة** ، كلية التربية، جامعة الزقازيق ، فرع بنها .

وحيد مصطفي كامل(٢٠٠٥): فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعوقين عقلياً، **مجلة دراسات نفسية**، مجلد٥، عدد٢.

وزارة العمل والشئون الاجتماعية(١٤١٩هـ): **أضواء على برامج وكالة الوزراء الاجتماعية لرعاية وتأهيل المعوقين**، الرياض ، السعودية .

وفاء علي محمد (٢٠٠٤): **خفاياالتوحد: أشكاله ، أسبابه، تشخيصه** ، مركز جدة للتوحد ، جدة ، السعودية .

وفيق صفوت مختار(١٩٩٩): **مشكلات الأطفال السلوكية الأسباب وطرق العلاج**، ط١، دار العلم والثقافة، القاهرة .

ياسر محمود الفهد (٢٠٠٠): استخدام حمية الغذاء الحالي من الجلوتين والكازيين تساعد أطفال التوحد، **مجلة عالم الاعاقة**، الرياض، السعودية .

ياسمينة هلايلي (٢٠٠٧): اعتماد درجات الذكاء لاقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقلياً اجتماعياً ومهنياً،**دكتوراه غير منشورة**، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة الحاج لخضر ، الجزائر.

يحيى محمد سلطان السوداني(١٩٩٠): قياس التوافق الاجتماعي والنفسي لأبناء الشهداء في المرحلة المتوسطة»، دكتوراه **غير منشورة**، كلية التربية، جامعة بغداد.

يوسف الزعمط (١٩٩٣):**التأهيل المهني للمعاقين**، دار المطبوعات والنشر، عمان ، الأردن

يوسف القريوتي، وعبد العزيز السرطاوي، وجميل الصاوي (٢٠٠١): **المدخل الى التربية الخاصة**، دار القلم،دبي، الامارات.

يوسف مصطفي القاضي وآخرون (١٩٨١): **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، ط ١١، دار المريخ، الرياض، السعودية.

المراجع الأجنبية:

204-Al Saffar, (2002): GhassanTerminal Report about community –Based Rehabilitation project. IRQ as/2002, ILO, UNDP.March.2002

205-Anderson –Butcher, D Newsome, W.Sand Nay, S (2003): Social Skills, intervention during elementary School recess: A visual analysis .children and Schools, 25 (3), 135-143

206-American Association on Mental Retardation (1994): Mental Retardation: Definition. Mental Retardation.

207-Battistich, Victor, (1990): Effects of a Program to Enhance Proscial Development on An adjustment, Journal of Education Psychology, American. Vol. (5), P.1136.

208-Bergen, A. M. E., & Mosley, J. L.(1994): Attention and attentional shift efficiency in individuals with and without mental retardation. American, Journal on Mental Retardation, 98, 688–743.,

209-Bildt A.D, Sytema,S .Kraijer,D, Sparrow,S & Minderaa R (2005):Adaptive Functioning and behavior problems in relation to level of education in children and Adolescent with intellectual disability ,journal of intellectual disability Research,9, 672-681

210-Bolton, B. F., Bellini, J. L., & Brookings, J. B.(2000): Predicting client employment outcomes from personal history, functional limitations, and rehabilitation services. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44, 10–21

211-Cartledge, G & Millburn, (1986): Teaching Social Skills to Children, New York: Perquiman Press.

212-Chwen, Yng, Su. Yueh, Hsien, Lin.; Yuh, Yih, Wu &Ching, Chiang, Chen (2007): The role of people with mental retardation, Researchin DevelopmentalDisabilities, RIDD-599, 1-13.

213-Colling, Kyle K(2001): vocational rehabilitation: Opening doors to entrepreneurship for people with disabilities, Ph.D., University of Northern Colorado, 213 pages; AAT 3036616.

214-Coon, Wrichard(1983): Psychdogy of Adjustment, NewYork, Wiley&Sons, Icn.

215-Doge, K. (1983): Behavioral Antecedents of Peer Social Status, Child Development .PP1386 –

216-Derosier M. E. (2004): Building Relationships and combating bullying: Effectiveness of a school. Based Social Skills. Group intervention. Journal of Clinical Child and Adolescent psychology, 33(1), 196-201

217-Eliott C. (2002): Social Skill Training forAdolescents with intellectual Disabilities: A cautionary Not, journal of applied Research in intellectual Disabilities vol (15) N (1) 91-95

218-Fabian, E. (2007) : Urban youth With Disabilities : Factors Affecting Transition Employment

219-Fidler, D. J., Most, D. E., & Guiberson, M. M (2005): Neuropsychological correlates of word identification in Down syndrome. Research in Developmental Disabilities, 26, 487–501,

220-Gearheart, B .R; Weishahn, M. W .and Gearheart, C.J. (1992): the Exceptional Student in the Regular Classroom, New York Max Weel .Macmillam Publishes Company .

221-Ghanem, Enas Mohamed Mohamed (2011): Motive story and recreational games by using purpose tools for the development of sensory –motive awareness and reduction of the more activity for the mentally handicapped. World journal of sport sciences 4(2) 126-132.

222-Greshman F.M, Macnillan D.L,(1997):Social competence andaffective in special education, Vol .3

223-Hall, J.; Dineen, J.; Schlesinger, D.; Stanton, R. (2000): Advanced Group Treatment for Developmentally Disabled Adults with Social Skill Deficits, Research on Social Work Practice, May, vol. 10 Issue 3.

224-Haxby, J. V (1989): Neuropsychological evaluation of adults with Down’s syndrome: Patterns of selective impairment in non-demented old adults. Journal of Mental Deficiency Research, 33, 193–210, 1989.

225-International Lab our Office (1973): Basic Principles of Vocational Rehabilitation of the Disabled, Geneva. Author

226-Kay, D. W., Tyrer, S. P., Margallo-Lana, M. L., Moore, P. B., Fletcher, R., Berney, T. P., et al(2003). : Preliminary evaluation of a scale to assess cognitive function in adults with Down’s syndrome: The Prudhoe Cognitive Function Test. Journal of Intellectual Disability Research, 47, 155–168.

227-Kyle K.(2001): Small business development centers and vocationalrehabilitation: Opening doors to entrepreneurship for people with disabilities

228-Leffert, J., Saperstein, G.N, Millikan, E. (2000): Understanding Social Adaptation in Children with Mental Retardation: A Social – Cognitive Perspective, Exceptional Children, summer, vol. 66 Issue4

229-Lilia Ingvar son and Margaret Helga (2004): Vocational rehabilitation at Reykjalundur Rehabilitation Center in Iceland Theod´orsd´ottir Reykjalundur Rehabilitation Center, IS-270 Mosfellsb, Iceland17–19 17.

230-Luckasson, Ruth. (2002): Mental Retardation Definition. Classification and Systems of Supports. 10 edition A .A. M .R .P1

231-Lufting R. (1987) :The Stability of Children's Peer Social Status over Social, Situations, Education ,PP 49 - 55

232-Martin, J. E., Rusch, F. R., Lagomarcino, T., & Chadsey-Rusch, J.(2000): Comparison between workers who are nonhandicapped and mentally retarded: Why they lose their jobs. Applied Research in Mental Retardation, 7, 467– 474.

233-McDermott, S., Martic, M., & Butkus, S(1999).: What individual, provider, and community characteristics predict employment of individuals with mental retardation? American Journal on Mental Retardation, 104, 346–355,.

234-Moore, C. L., Harley, D. A., & Gamble, D (2004): Ex-post-facto analysis of competitive employment outcomes for individuals with mental retardation: National perspective. Mental Retardation, 42, 253–262.

235-Nichter, M., &Edmonson, S. (2006): Counseling services for special education students. Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research. Vol. 33, N .2, PP 50-62.

236-O'Brien, J., & Dempsey, I. (2004): Comparative analysis of employment services for people with disabilities in Australia, Finland, and Sweden. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 1(3/4), 126-135,

237-Palmer, G. A. (2006): Neuropsychological profiles of persons with mental retardation. Research in Developmental Disabilities, 27, 299–308.

238-Purser, H. R. M., & Jarrold, C (2003): Impaired verbal short-term memory in Down syndrome reflects a capacity limitation rather than atypically rapid forgetting. Journal of Experimental Child Psychology, 91, 1–23.

239-Reilly, A, & Arthur, C (2003): The Right to Decent Work of Personswith Disabilities, International Labor Office, Geneva

240-Rosenhan, D. L. and Seligman M .E .P. (1995): Abnormal Psychology 3 Rd Edition. New York: w .w. Notron & Company

241-Rossler, R. & Bolton, B. (1978): Psychological Adjustment to Disability, Baltimore: University. Park Press

242-Rossler, R. & Bolton, B. (1978): Psychological Adjustment to Disability, Baltimore: University Park Press.

243-Rusch, F. R. & Keller, K. F. ;(2006): Mental Retardation .In J. E. Fisher & W. T. O Donohue (Eds.), practitioner s guide to evidence –based psychotherapy. New York: Springer.

244-Stancliffe, R.J., Abery, B.H, & Smith, J. (2000).Personal control and the ecology of community Living Settings: Beyond Living-unit size and type. American Journal on Mental Retardation, 105, p431.

245-Vicari, S. (2004): Memory development and intellectual disabilities: Acta Paediatrica, 93, 60–63

246-Wanger, Mary; Cadwallader, Tom W. Garza, Nicolle &Cameto Rene (2004): Social activities of youth with disabilities, Reports form the national Longitudinal transition study, 3 (1), 1-

247-Wanger, Mary; Cadwallader, Tom W. Garza, Nicolle &Cameto Rene (2004): Social activities of youth with disabilities, Reports form thenational Longitudinal transition study, 3 (1), 1-5

248-Warger, C.L. (1990): Can Social Skills for employment be thought? Using Cognitive- behavioral Procedures with adolescents with mild dis-abilities, Research and Resources on Special Education, No .28Washington: Office of Special Education and Rehabilitative Services.

249-of Individuals identified as learning disabled and mentally retarded, the University of Alabama, vol 55-06 of dissertation abstracts international

250-Brickey, M, Campbell, K Browning, I , (2006): A Five –yearfollow-up of Sheltered workshop Employees Placed in Competitive Jobs , Journal of Mental Retardation, vol 23 (2) , 67- 73

251-Ferrier, C. S. Smith, (2010): The role of intellectual disabilities in early career vocational choice the school – to- work transition. And becoming established Human Resource Management Review, vol (16) No,(5). 294-299.

252-Hovenic, Ginger Kay Trussel, (2009): Career education and its on impact on attitudes and vocational choice of selected handicapped, students, Columbia University

253-Mueller, H,Wilgosh, I, Dennis, S (1992): «Employment Survival Skills for Entry level Occupation» Canadian Journalof Retardation, vol .2 (4), 203-221

254-Wiliams, Melissa (2011): A case study of three adults with intellectual disabilities special education university of Houston.

فهرس الكتاب